KU LEUVEN UNIVERSITEIT GENT UNIVERSITEIT ANTWERPEN VU BRUSSEL

INTERUNIVERSITAIRE GGS-OPLEIDING JEUGDGEZONDHEIDSZORG

OMGAAN MET ALARMSIGNALES VAN SUÏCIDAAL GEDRAG BIJ JONGEREN

Anja Deroost

Promotor: Prof. Dr. Manu Keirse

**Verhandeling voorgedragen tot
het behalen van de graad van
Gediplomeerde in de Gespecialiseerde
Studies in de Jeugdgezondheidszorg**

juni 2005

Inhoudstafel

INHOUDSTAFEL……
DANKWOORD……p 1
HOOFDSTUK 1: INLEIDING……p 2
HOOFDSTUK 2: LITERATUURSTUDIE……p 3
2.1 Zoektocht……p 3
2.2 Definitie……p 3
2.2.1 Suïcide……p 3
2.2.2 Suïcidepoging……p 5
2.2.3 Suïcidale ideatie……p 5
2.2.4 Suïcidaal gedrag……...p 5
2.2.5 Suïcidaliteit…… p 6
2.2.6 Suïcidale intentie…… ..p 6
2.2.7 Suïcidaal proces……p 6
2.3 Epidemiologie…… …p 7
2.4 Oorzaken en risicofactoren…… …p 10
2.4.1 Traits…… …p 10
2.4.2 States…… ..p 11
2.4.3 Drempelverhogende en –verlagende factoren…… .p 11
2.4.4 Familiaal voorkomen van suïcidaal gedrag …… .p 12
2.5 Waarschuwingssignalen……..p 13
2.6 Mythen en misvattingen omtrent suïcide……..……p 17
2.7 Preventie ……..….p 19
2.7.1 Suïcidespecifieke programma's……p 19
(a) Psycho-educatieve programma's…… p 19
(b) Gatekeeper training……p 20
(c) Screening……p 20
2.7.2 Bredere programma's……p 20
(a) Vaardigheidstraining…… ..p 20
(b) Geestelijke gezondheidsprogramma's……p 21
(c) Screening……p 21
2.8 Hulp……..…p 21
2.8.1 Herkennen van signalen…… ..p 21
2.8.2 Bespreken en navragen van signalen…… ...p 21
2.8.3 Inschatten van het risico……...p 22
2.8.4 Doorverwijzing……p 22

2.8.5 Psychologische eerste hulp bij suïcidale crisis……p 22
(a) Eerste hulp……..p 22
(b) Obstakels bij eerste hulp……..p 23
2.9 Opvang van de omgeving na suïcide……..p 24
2.9.1 De vier rouwtaken……..p 24
2.9.2 Rouwverwerking bij kinderen per leeftijdsgroep……p 25
2.9.3 Bijzondere kenmerken van rouwgedrag bij kinderen……p 26
2.9.4 Specifieke vereisten van rouwbegeleiding bij adolescenten……p 27
2.9.5 Specifieke problematiek van rouw na zelfdoding……...p 28
2.9.6 Postventie……p 28
(a) Crisisplan……p 29
(b) Postventiestappen na suïcide……...p 29
2.10 Opvang na een suïcidepoging……...p 30
HOOFDSTUK 3: METHODEN EN TECHNIEKEN……...p 31
3.1 Instrumenten……p 31
3.2 Populatie en motivering……..p 32
HOOFDSTUK 4: RESULTATEN……..p 33
4.1 Hercodering van antwoorden……p 33
4.2 Wering vragen……p 34
4.3 Antwoordpercentages en profiel van respondenten……..p 34
4.4 Antwoordtendensen bij inschattingsvragen over noodsignalen van suïcidaal gedrag en wenselijke benadering van suïcidale personen……p 35
4.5 Inschatting door leerkrachten van noodsignalen van suïcidaal gedrag en wenselijke benadering van suïcidale personen naargelang hun profielkenmerken……p 41
4.6 Factoranalyse……p 50
HOOFDSTUK 5: DISCUSSIE……..p 50
5.1 Verantwoording van de hercodering van de antwoorden……p 50
5.2 Hoe schatten leerkrachten noodsignalen van suïcidaal gedrag en wenselijke benadering van suïcidale leerlingen in?……p 51
5.3 Inschatting van noodsignalen van suïcidaal gedrag en wenselijke benadering van suïcidale leerlingen in verhouding tot de profielen der respondenten……p 52
HOOFDSTUK 6: CONCLUSIE……p 53
REFERENTIES……p 57

BIJLAGEN: Bijlage 1: Vragenlijst voor leerkrachten……p 60
Bijlage 2: Motivatiebrief aan directie en leerkrachten …….p 71
Bijlage 3: Herinneringsbrief aan directie……..…p 72
Bijlage 4: Herinneringsbrief aan de leerkrachten….…….….p 73
Bijlage 5: Percentages respondenten met antwoordrichting tegengesteld aan versus conform de stellingen uit de literatuur …….……..p 74
Bijlage 6: Kruistabellen van de chi-kwadraat testen ……..……..p 78
Bijlage 7: Resultaten van Chi-kwadraat analyse ter evaluatie van verschil in antwoordgedrag bij leerkrachten (leerkrachten onderverdeeld naargelang hun profiel)……..…...p 94

DANKWOORD

Bij het tot stand komen van dit eindwerk hebben enkele mensen uit mijn privé en professionele omgeving mij met raad en daad bijgestaan. Dit eindwerk zou niet volledig zijn zonder mijn nadrukkelijke dank voor hun bijzondere bijdrage.

Ik dank vooreerst mijn promotor, Prof. Dr. Manu Keirse, voor zijn deskundige begeleiding. Prof. Dr. Lea Maes en Prof. Dr. Joost Weyler dank ik voor hun advies betreffende de statistische verwerking. Ik dank Carine Vereecken, Jeroen Hennion en Mathieu Roelants voor hun hulp bij de hantering van het statistisch programma. Ik dank de proefpersonen, die mij met gedrevenheid feedback leverden over mijn enquête-materiaal. Mijn dank gaat ook uit naar de directies en de leerkrachten, die met onverhoopt enthousiasme ingingen op de delicate vraagstelling. Ik dank mijn collega's, die gedurende een volledig academiejaar leefden met een collega in twee werelden, te weten mezelf pendelend tussen de praktijk en het eindwerk. Zij hebben mij onnavolgbaar gesteund in dit weinig evidente dubbelleven.
Ik dank mijn moeder, die de exel-invoer voor haar rekening nam. En tot slot dank ik in het bijzonder mijn beide ouders en mijn vrienden, voor hun onontbeerlijke morele steun.

Anja Deroost, april 2005.

Hoofdstuk 1: INLEIDING

Suïcidaal gedrag en suïcidale ideatie zijn een frequent voorkomende problematiek bij jongeren. Aangezien jongeren een groot gedeelte van hun tijd op school doorbrengen, vormen leerkrachten vaak de eerste professionele groep, die met uitingen van deze problemen in aanraking komt. Leerkrachten staan in de vuurlinie. De relatie leerling-leerkracht vormt een belangrijke en onvervangbare schakel in het opvangen van noodsignalen bij suïcidale jongeren en het garanderen van een eerste opvang. Het feit dat het hier gaat om een groep professionelen, heeft de waardevolle implicatie dat hun opleidingen reeds bestaande en bruikbare kanalen vormen, waarlangs kennis en omgangstraining betreffende suïcidepreventie kan worden overgebracht.

In heel wat scholen is een groene leerkracht of leerlingenbegeleider ingeschakeld. Deze leerkrachten zijn voor een bepaald aantal uren van gewone lesopdrachten vrijgesteld, om zich te kunnen engageren voor opvang van psychosociale problematiek allerhande van de leerlingen. Leerkrachten met deze specifieke taak zijn vaak over deze onderwerpen uitgebreider bijgeschoold. Zij kunnen advies leveren aan andere leerkrachten en specifieke problematiek van bepaalde leerlingen uitgebreider ter harte nemen.

In dit eindwerk wordt getracht in kaart te brengen hoe leerkrachten alarmsignalen van suïcidaal gedrag en de wenselijke benadering van suïcidale personen inschatten. De aanpak van de eerste persoon bij wie door de leerling suïcidale gedachten worden geuit, kan cruciaal zijn voor het verdere verloop van de opvang. In het onderzoek zijn dus zowel leerlingenbegeleiders als andere leerkrachten geïncludeerd. Indien zou blijken dat louter o.b.v. inschattingsfouten een mogelijke faling dreigt van de zo cruciale eerste opvang van risicoleerlingen, dient overwogen of daaruit conclusies in functie van adviezen aan de diverse opleidingen kunnen worden getrokken.

Er wordt geëvalueerd of de inschatting van alarmsignalen van suïcidaal gedrag en de inschatting van de wenselijke benadering van suïcidale personen significant verschillen naargelang de leerkracht op diverse manieren met het begrip suïcide werd geconfronteerd. Zowel het al of niet persoonlijk geconfronteerd zijn met suïcidale uitingen van mensen uit privé of professionele omgeving, het aantal jaren ervaring in het onderwijs, het al of niet ingeschakeld zijn in een begeleidende functie op de school, de genoten opleiding, het al of niet scholing of bijscholing over suïcidepreventie hebben genoten, als werkzaamheid in gewoon versus buitengewoon onderwijs worden hierbij in rekening gebracht. Ook wordt

nagegaan of het door de leerkracht zelf noodzakelijk achten van bijscholing over suïcidepreventie, een significant verschil levert in antwoordtendensen.
Er zal dus worden nagegaan welke invalshoeken betekenisvolle bijdragen leveren in de inschatting van noodsignalen van suïcidaal gedrag en de inschatting van de wenselijke benadering van suïcidale personen.

Hoofdstuk 2: LITERATUURSTUDIE

2.1 Zoektocht

Voor de literatuurstudie werden vooreerst een aantal handboeken over suïcideproblematiek gelezen (1,2,3,4,5,6). Verder werd een search op de medische databank *medline* gedaan. Als MeSH-term werd 'suicide' gebruikt. Met de ques 'prevention' of 'screening' werden de publicaties meer gericht geselecteerd. In de handboeken en de artikels werd via de referenties en de *related articles* naar andere relevante artikels gezocht. De literatuurstudie werd beperkt tot de Nederlandse, de Engelse en de Franse taal. In de studiepopulatie werden zowel kinderen, adolescenten als volwassenen geïncludeerd.
Graag leid ik U in de volgende bladzijden langsheen de vruchten van mijn literatuurstudie.

2.2 Definitie

Wanneer we willen spreken over suïcidepreventie en omgaan met suïcidale gedachten, lijkt een keurige definiëring van het begrip 'suïcide' geen overbodige luxe. Dit is in extenso zo, als we ons realiseren dat in de literatuur lange tijd gebrek aan duidelijkheid in definiëring heeft bestaan en dat de definitie van 'suïcide' een evolutie heeft gekend. De term 'suïcide' zou voor het eerst gebruikt zijn door abbé Desfontaines in zijn *Dictionnaire de Trevoux* uit 1752. Echter, andere bronnen geven aan dat de term reeds in 1651 in het Angelsaksische taalgebruik opduikt (Whitlock in zijn *Grand schismatic or Suist Anatomized*).
Ook in het Laat–Latijn komt de term voor als suicidium of propricidium (3).

2.2.1 Suïcide

De vóórwetenschappelijke definitie van het begrip 'suïcide' luidt (3):

> '*Suïcide, in de publieke opvatting, houdt in, dat een persoon zichzelf doodt, na het besluit genomen te hebben een eind aan zijn leven te maken of op grond van een plotselinge impuls. Hij kiest hiervoor de meest effectieve methode, die beschikbaar is, en verzekert zich ervan dat niemand tussen beide zal komen.*

Wanneer hij dood is, zegt men, dat het hem gelukt is en wordt de handeling een geslaagde suïcidepoging genoemd. Wanneer hij zijn daad overleeft zegt men, dat het hem niet gelukt is en wordt de daad een niet-gelukte suïcidepoging genoemd.'

In deze vóórwetenschappelijke benadering worden 3 deelaspecten van het begrip onderstreept. Om een bepaalde handeling 'suïcide' te kunnen noemen, is vooreerst vereist dat de ***handelende persoon aan zijn daad sterft***. In de oude literatuur was over deze vereiste nog geen duidelijkheid bereikt. Er moet in de handeling een ***factor arrangement*** verweven zijn. Dit betekent dat van de handeling, die de persoon op zichzelf toepast, redelijkerwijs kan worden verwacht dat deze tot zijn dood leidt. Dit criterium impliceert dat men ervan uitgaat dat de persoon kennis had van de dodelijkheid van de gebruikte middelen. Voornamelijk bij kinderen is dit fragment van de definitie belangrijk. Zij moeten in staat zijn om de dodelijkheid van het effect van hun daden in te schatten, eer men van suïcide mag spreken. Begrijpelijkerwijs kan dit alleen geval per geval worden bekeken. Er moet verder ook sprake zijn van de ***intentie om te sterven*** eer er werkelijk over suïcide kan worden gesproken. Immers, de persoon, die zichzelf in hachelijke situaties opoffert voor zijn medemens (vb. soldaat die, om zijn compagnie te redden, de dood vindt), pleegt geen suïcide (3).

Bij kinderen is er een bijkomend probleem bij definiëring van de term 'suïcide'. Heel jonge kinderen hebben nog geen voeling met het niet-voorbijgaande van de dood. Een reëel doodsconcept treedt bij kinderen pas in vanaf de leeftijd van 5 à 8 jaar. Dan geraken zij in staat om de dood als onomkeerbaar en definitief te beschouwen (1,4). Dit besef kan op jongere leeftijd voorkomen, indien er op jonge leeftijd confrontatie is geweest met een heel indringend voorbeeld (1).

Er zijn ***enkele bezwaren tegen het intentiecriterium*** van de definitie gerezen.
Eerste bezwaar is van praktisch-methodologische aard. Het is vaak zeer moeilijk om post factum de intentie van de handeling, die tot overlijden van de handelende persoon heeft geleid, vast te stellen. Een tweede bezwaar is een theoretisch probleem. Bij gedragingen, die in hun dood hebben geresulteerd, kunnen mensen meervoudige intenties hebben gehad. Iemand kan om bepaalde redenen willen sterven en om andere redenen willen blijven leven. Nu eens kan de éne, dan weer de andere reden de overhand hebben. Er is nog een laatste bedenking bij het intentiecriterium. Wanneer een persoon de wil uit om te sterven kan deze boodschap een verbastering zijn van: ik wil mezelf en/of de wereld veranderen en zie vernietiging van mijn lichaam of bewustzijn daarvoor als geschikte weg (3).

Rekening houdend met de bezwaren tegen het intentiecriterium, is de ***definitie van 'suïcide' als volgt geëvolueerd.*** We spreken nu van suïcide in geval van een gedrag met dodelijke afloop, waarbij de dodelijke afloop een gevolg is van de door de betrokken persoon zelf geïnitieerde en uitgevoerde handeling. Deze handeling wordt ondernomen in de wetenschap van de waarschijnlijkheid van dodelijke afloop. De betrokken persoon bedoelde met deze handeling via de dodelijke afloop, de door hem of haar gewenste veranderingen te bewerkstelligen (6,7,8). De doodsintentie wordt in deze definitie dus genuanceerd.

2.2.2 Suïcidepoging

Pas veel later, na Wereldoorlog II, is men in de literatuur de term 'suïcidepoging' als een op zichzelf staand verschijnsel gaan beschouwen. De huidige definitie voor suïcidepoging uit de WHO/EURO Study of Suicidal Behavior wordt dan: een handeling met niet-fatale afloop, waarbij een individu opzettelijk en weloverwogen een ongewoon gedrag stelt of initieert, dat zonder interventie van anderen zal leiden tot zelfverwonding (-vernietiging), of waarbij een individu opzettelijk een stof inneemt in een grotere dan de voorgeschreven of algemeen aanvaarde therapeutische dosis, met de bedoeling via de actuele of verwachte fysieke gevolgen, verlangde veranderingen te bewerkstelligen (3,6,7). Het al of niet de bedoeling hebben te sterven wordt in deze WHO-definitie niet aangehaald. Zoals reeds beschreven bij de definiëring van suïcide, heeft dit te maken met het feit dat aanwezigheid van deze bedoeling zeer moeilijk met zekerheid vast te stellen valt. Mogelijke andere bedoelingen van niet-dodelijke suïcidale handelingen kunnen zijn: een noodkreet, even weg willen zijn, het denken tijdelijk willen stopzetten, het uitzenden van een boodschap aan de omgeving dat veranderingen nodig zijn (6),… In de Amerikaanse definitie wordt het al of niet hebben van de bedoeling te sterven wel in de definitie vervat (9).

2.2.3 Suïcidale ideatie

Suïcidale ideatie is het voorkomen van actieve gedachten over zelfdestructief gedrag, waarbij al dan niet de dood wordt beoogd. Deze gedachten kunnen variëren van vage ideeën omtrent de mogelijkheid een einde te maken aan zijn leven tot concrete plannen om suïcide te plegen (6,7).

2.2.4 Suïcidaal gedrag

Met suïcidaal gedrag wordt een breed scala aan zelfdestructieve gedragingen met fatale en niet-fatale afloop aangeduid, zoals suïcide of suïcidepogingen (6).

2.2.5 Suïcidaliteit

Suïcidaliteit is een verzamelterm, waarmee de cognitieve en gedragsmatige karakterkenmerken worden aangeduid, die manifest worden als suïcidale ideatie of suïcidaal gedrag (6).

2.2.6 Suïcidale intentie (6)

Suïcidale intentie is de wens te sterven. In de WHO-definitie van 'suïcidepoging' wordt met de suïcidale intentie geen rekening gehouden. Er worden drie mogelijke motieven voor suïcide onderscheiden:

Het doodsmotief

Het is hierbij voor de patiënt duidelijk dat hij niet meer wil leven.

Het interruptiemotief

De patiënt wil tijdelijk ontsnappen aan een ondraaglijk gevoel. Hij wil nergens meer aan denken en niets meer voelen.

Het appélmotief

De patiënt wil anderen mobiliseren, hen laten weten dat het zo niet langer kan voor hem, dat hij vastzit. Ten onrechte kan dit door de omgeving soms als manipulatief gedrag gezien worden. De omgeving is dan van oordeel dat de poging niet ernstig was en dat er van weinig suïcidale intentie sprake was. Daarbij vergeet men echter, dat het niet uit te sluiten valt of het hier om een persoon gaat voor wie de situatie op dat moment hopeloos is en die op dat moment maar één mogelijke oplossing ziet voor zijn probleem.

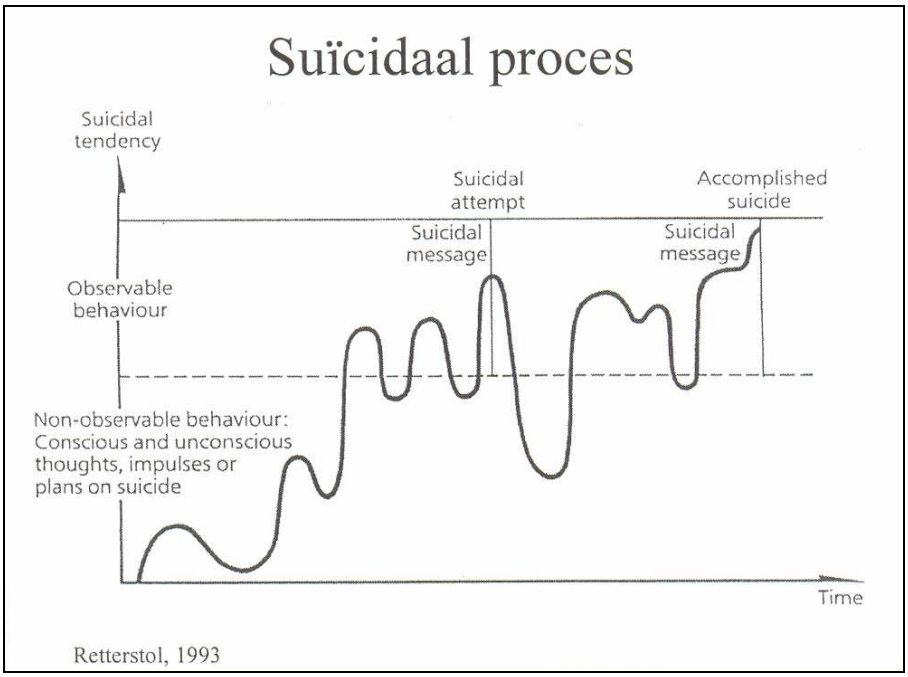
2.2.7 Suïcidaal proces

Er wordt een samenhang verondersteld tussen suïcidale ideatie, suïcidepogingen en suïcide (6,7,9,10). Suïcidaal gedrag moet worden gezien als een proces. Dit proces loopt van een eerste suïcidale gedachte over meer concrete plannen tot het uitvoeren van de daad. In de evolutie van het suïcidaal proces komt er betreffende de suïcidaliteit gaandeweg meer interactie van het individu met zijn omgeving. Het suïcidaal gedrag wordt manifester. Suïcidepogingen worden vaak herhaald. Een eerdere poging is de belangrijkste risicofactor voor een effectief fatale suïcide (10,11,12,13). Het risico op suïcide is bij suïcidepogers 150 keer groter dan bij de algemene bevolking (10).

In figuur 1 wordt het verloop van een suïcidaal proces geschetst. Het proces start met gedachten omtrent suïcide om tijdelijk te ontsnappen aan een problematische situatie. Deze gedachten kunnen na een tijdje verdwijnen. Ze kunnen weer terug opduiken, bij een nieuwe confrontatie met moeilijke gebeurtenissen. De stippellijn geeft aan dat er een belangrijke grens bestaat tussen niet-observeerbare componenten en observeerbaar gedrag. Suïcidale

gedachten zijn vaak niet-observeerbaar voor de omgeving. Dit is het suïcidale proces onder de stippellijn. Op het moment dat suïcidale communicatie en suïcidaal gedrag zich stellen, wordt het proces observeerbaar voor de omgeving. Dit is het suïcidale proces boven de stippellijn. De hoogte van de stippellijn wordt waarschijnlijk bepaald door sociale en persoonlijkheidskenmerken. Ze geeft weer of een persoon al of niet veel observeerbaar gedrag heeft gesteld vóór zijn suïcide. In extreme gevallen kan de suïcide voor de omgeving volstrekt onverwacht komen. In dat geval was er van observeerbaar gedrag voor de suïcide geen sprake, of werd het niet als dusdanig door de omgeving geïnterpreteerd (6,9).
De duur van het suïcidaal proces bij Vlaamse jongeren werd berekend op een gemiddelde van 29 maanden. Bij jonge mannen zou het proces korter duren dan bij jonge vrouwen (12 versus 42 maand) (11).

Figuur 1: Suïcidaal proces (6,9)



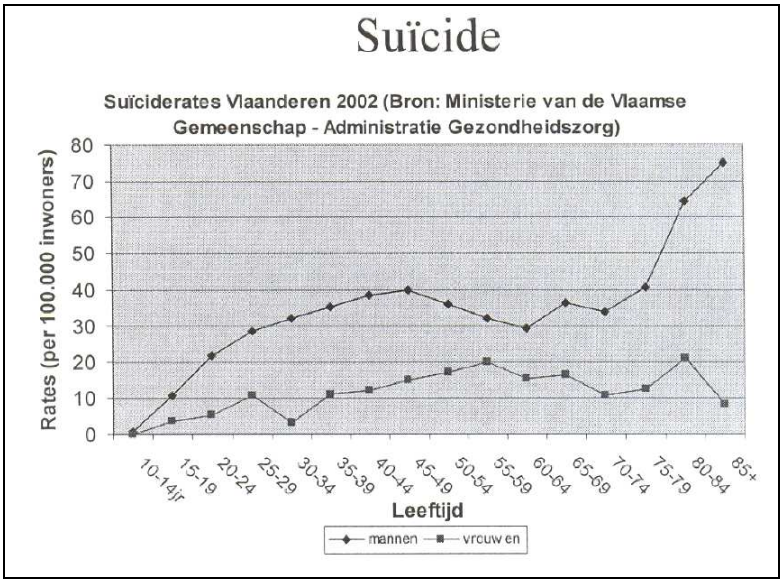
2.3 Epidemiologie

Om de omvang van het probleem rond zelfdoding te schetsen, maakte Keirse volgende berekening. Wanneer men in België en Nederland samen uitgaat van 4.300 zelfdodingen per jaar en men neemt aan dat elke persoon ongeveer 10 nauwe relaties heeft, dan slaat suïcide een wonde voor 40.000 tot 45.000 nabestaanden per jaar (5). Suïcide is de tweede

belangrijkste doodsoorzaak bij de jongvolwassenen (15 tot 24 jaar). Suïcide maakte in 1999 23% van de sterfte uit bij mannen en 14% bij vrouwen (6).

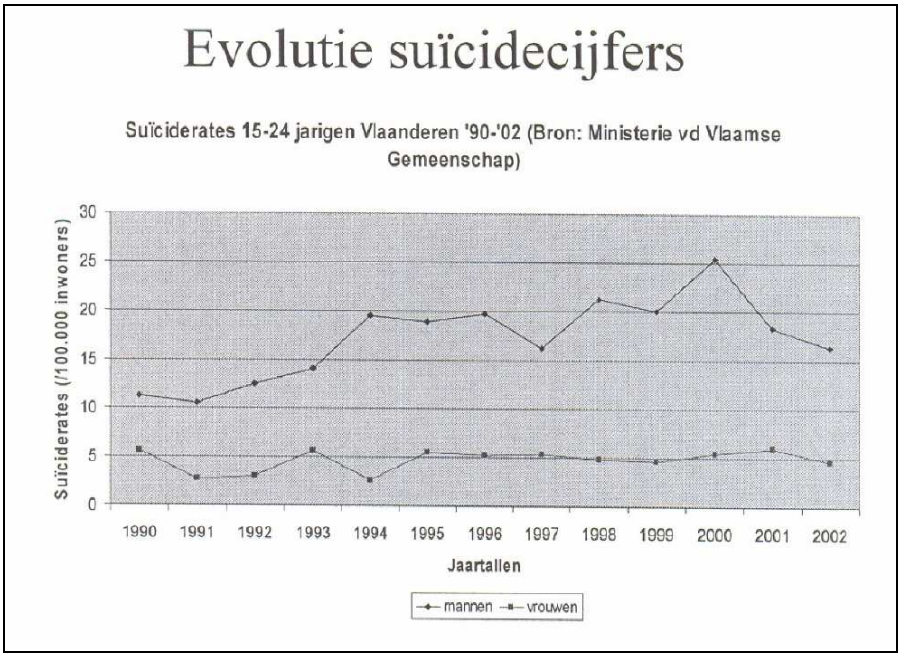
Figuur 2 geeft de suïciderates in Vlaanderen in 2002 weer. De suïciderates zijn het aantal sterfgevallen door suïcide per 100.000 inwoners. Bij mannen zijn de rates in elke leeftijdsgroep hoger dan bij vrouwen. Een opvallende stijging in rates is vast te stellen bij mannen boven de 80 jaar. Deze tendens is zowel in recente als oudere studies terug te vinden (9,14).

Figuur 2: Suïciderates in Vlaanderen in 2002 (9)



Tussen de zestiger en de negentiger jaren hebben de suïcidecijfers voor adolescenten zich in de Verenigde Staten verdrievoudigd (15). Figuur 3 toont de evolutie van de suïciderates voor de leeftijdsgroep 15- tot 24-jarigen in Vlaanderen tussen 1990 en 2002. Bij meisjes blijven de suïciderates ongeveer status quo. Bij jongens is een stijging vast te stellen tussen 1990 en 2000. Vanaf 2000 is er terug een daling van de suïciderates bij jongens vast te stellen (9).

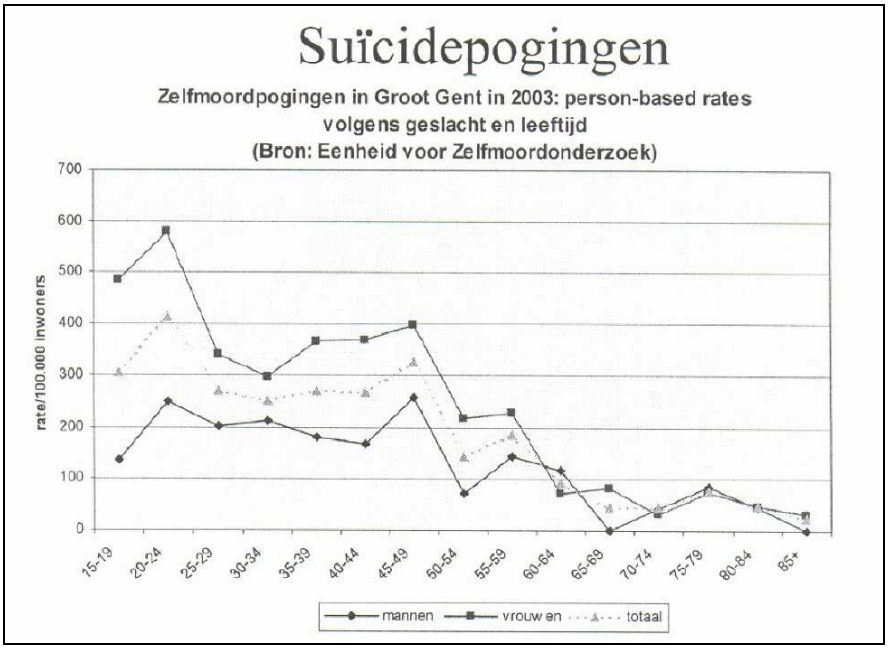
Figuur 3: Evolutie van de suïcidecijfers voor de leeftijdsgroep 15- tot 24-jarigen in Vlaanderen tussen 1990 en 2002. (9)



Een onderzoek van Maes en Vereecken in 2000 in Vlaanderen onderzocht aanwezigheid van suïcidale overwegingen bij 7072 scholieren tussen 11 en 18 jaar. 35% van de jongens en 47% van de meisjes bleek één of meerdere keren suïcide overwogen te hebben (9). Dezelfde auteurs onderzochten in 1998 in Vlaanderen de aanwezigheid van suïcidaal gedrag bij 12088 scholieren tussen 15 en 18 jaar. 6.1% van de jongens en 10.3% van de meisjes bleek ooit één of meerdere keren een suïcidepoging te hebben ondernomen. Opvallend was dat in het BSO 1 op 10 jongens en 1 op 5 meisjes verklaarden dat ze minstens één poging hadden ondernomen (6).

Figuur 4 schets het aantal suïcidepogingen per 100.000 inwoners en per leeftijdsgroep in Groot Gent in 2003. Wanneer we figuur 2 en 4 vergelijken, is er een omgekeerde tendens vast te stellen tussen het aantal suïcides en het aantal suïcidepogingen vast te stellen: er doen zich meer pogingen voor op jonge leeftijd, suïcides komen vaker voor in de oudere leeftijdsgroepen. In het algemeen doen vrouwen vaker suïcidepogingen dan mannen. Bij mannen ligt het aantal suïcides hoger (9,13,14,16).

Figuur 4: Aantal suïcidepogingen in Groot Gent in 2003: person-based rates volgens geslacht en leeftijd. (9)



2.4 <u>Oorzaken en risicofactoren</u> (6)

Suïcide is een complex en multifactorieel bepaald probleem. Suïcidaal gedrag kan gezien worden als het resultaat van het gelijktijdig voorkomen van permanent aanwezige factoren (traits) en tijdelijke, toestandsgebonden factoren (states). Bovendien ontbreken beschermende factoren.

2.4.1 <u>Traits</u>

Door genetische belasting en vroegere levenservaringen ontstaan biologische en psychologische constituties, die samen de permanent aanwezige factoren, de persoon meer 'at risk' maken voor suïcidaal gedrag (6,10).

Onder de ***biologische factoren*** rekenen we stoornissen in het serotonerg neurotransmissiesysteem. Bij mensen die lijden aan een depressie, is een verminderde concentratie van serotonine vast te stellen in het centraal zenuwstelsel. Cerebrale disfunctie van het serotonerg systeem en lage concentratie van de serotoninemetaboliet 5-HIAA in cerebrospinaal vocht maakt personen meer 'at risk' voor suïcidaal gedrag (6,10). Ook blijkt suïcide significant gelinkt aan fysisch ziek-zijn (17).

Onder de ***psychologische factoren***, die een individu permanent kunnen voorbeschikken tot suïcidaal gedrag, rekenen we impulsiviteit en fouten in het cognitief functioneren. Cognitieve fouten zijn dichotoom denken (zwart-wit denken), rigide denken en hopeloosheid (6,7). Rigide denken moet worden begrepen als het maken van cognitieve fouten zoals overgeneralisering, het niet in staat zijn om problemen duidelijk te identificeren en het beperkt zijn in zijn autobiografisch geheugen. Men is niet in staat zich oplossende cues voor voorgaande gelijkaardige probleemsituaties te herinneren. Dit geeft het individu veel sneller de indruk overspoeld te worden door problemen (6,7).

Ook ***sociale factoren*** spelen een rol in het ontstaan van voorbeschikking tot suïcidaal gedrag. Aanwezigheid van meer chaos in de familiale levensomstandigheden gedurende de kindertijd zonder stabilisatie in de adolescentie en seksueel misbruik maken adolescenten 'at risk' voor suïcidaal gedrag (18). Familiale psychopathologie, gebrek aan sociaal netwerk, traumatische ervaringen, lage socio-economische status, lage opleiding, laag inkomen, echtscheiding van de ouders, familiegeschiedenis van suïcidaal gedrag en verwaarlozing zijn risicohoudende situaties (6,7,15,16,17,19,20,21,22,23).

Tot slot zijn ook ***psychiatrische factoren*** sterk voorbeschikkend. Depressieve stoornissen, schizofrenie, persoonlijkheidsstoornissen, eetstoornissen, impulsiviteit en alcohol- en drugsmisbruik zijn zeer frequent aanwezige pathologieën bij suïcidale personen (6,7,11,12,13,15,16,17,19,23,24,25). Bij een Finse studie uit 1993 constateerde men bij suïcideslachtoffers een prevalentie van psychiatrische comorbiditeit van as I van 93%. De meest prevalente comorbiditeiten waren depressie en alcoholmisbruik (24).

2.4.2 States

Tijdelijke, toestandsgebonden factoren wakkeren het suïcidaal gedrag aan (10). Sociale omstandigheden zoals recente verlieservaringen, werkloosheid en gepest worden zijn voorbeelden van states die iemand 'at risk' kunnen maken voor suïcidaal gedrag (17). Typische factoren, die adolescenten at risk maken zijn: gepest worden op school, een jaar overdoen op school, recente problemen met ouders e.d. (14).

2.4.3 Drempelverhogende en –verlagende factoren (6,13,16)

Beschermende factoren tegen suïcidaal gedrag zijn: goede sociale ondersteuning, emotioneel welzijn, hoog zelfwaardegevoel, positieve schoolsfeer, goede sociale vaardigheden, goede gezinscohesie, nauwe verbondenheid met vertrouwenspersonen, goede toegankelijkheid tot de geestelijke gezondheidszorg, positieve attitude ten opzichte van de geestelijke gezondheidszorg.

Drempelverlagende factoren zijn: vlotte beschikbaarheid van middelen voor suïcide, gebrekkige sociale steun, aanwezigheid van suïcide in de omgeving en te expliciete berichtgeving over suïcide in de media.

2.4.4 Familiaal voorkomen van suïcidaal gedrag

Wanneer een individu, dat geadopteerd werd bij geboorte, suïcide pleegt, zijn eerder de biologische verwanten als 'at risk' te beschouwen, veeleer dan de familieleden in het adoptiegezin (15). Monozygote tweelingen vertonen een significant grotere concordantie voor suïcidaal gedrag dan dizygote tweelingen (16). Men houdt rekening met een tweefactorieel genetisch model, waarbij zowel de mentale fragiliteit als de impulsiviteit moet overgeërfd zijn, om naderhand aanleiding te kunnen geven tot suïcide (15,20). Toch moet men duidelijk voor ogen houden dat er ***familiaal*** een grotere ***probabiliteit*** is tot overnemen van suïcidaal gedrag, echter dat overnemen van dit gedrag ***niet deterministisch*** bepaald is (6,9). Suïcidepogers met een familiale voorgeschiedenis van suïcidaal gedrag, zulen op jongere leeftijd suïcidaal gedrag beginnen vertonen dan degenen, zonder familiale voorgeschiedenis van suïcidaal gedrag (26).

Men zoekt naar ***genetische factoren***, die overerving van dit gedrag zouden kunnen bepalen. Een onderzoek uit april 2004 beschrijft een genetische variatie op de SCN8A *(Sodium Channel type VIII alpha)* en de VAMP4 *(Vesicle-associated membrane proteïne 4)* genen. Dergelijke genetische variatie zou bevorderend zijn voor verhoogd suïciderisico. Men vermoedt dat door deze genetische variatie veranderingen in de neurale geleiding ontstaan. Deze zouden op hun beurt het individu 'at risk' maken voor suïcidaal gedrag (27). Er is een verband vastgesteld tussen een serotonine transporter gen polymorfisme en een familiale geschiedenis van suïcidaal gedrag (26).

Tevens werd het ***transactioneel proces*** beschreven, waarbij omgevings- en persoonsfactoren samen met de ervaringen uit de eigen levensgeschiedenis een invloed hebben op het al of niet ontstaan van suïcidaal gedrag. Een deel van dit transactioneel proces valt te verklaren vanuit opvoedingsinvloeden. Via de opvoeding worden bepaalde copingstrategieën aan het kind doorgegeven (1). In de recentere literatuur is men zich verder gaan interesseren voor het familiaal voorkomen van suïcidaal gedrag. In een Amerikaanse studie uit 2004 trachtte men de link te leggen tussen familiale transmissie van stemmingsstoornissen en familiale transmissie van suïcidaal gedrag (28). Kinderen van ouders, die in hun jeugd seksueel misbruikt werden, hebben hoger risico voor het ontwikkelen van stemmingsstoornissen. Grotere impulsieve agressie maakt deze kinderen vroeger vatbaar voor stemmingsstoornissen. Er is een positieve correlatie tussen deze

stemmingsstoornissen en suïcidaal gedrag. Bij seksueel misbruik van deze kinderen wordt deze correlatie nog sterker (28).

Ook ***socio-culturele factoren*** kunnen een invloed hebben op de houding ten aanzien van suïcide. Suïcidaal gedrag kan bij personen uit de omgeving identificatie met suïcideslachtoffers en imitatie van het gedrag uitlokken (13). Vandaar dat het romantiseren van een suïcideslachtoffer, niet wenselijk is in een schools milieu. Scholen dienen zich bewust te zijn van het belang van een gewone uitvaartdienst voor een leerling na suïcide, zoals dat zou gebeuren in geval van een natuurlijk overlijden (4).

2.5 Waarschuwingssignalen (1,4,9)

De signalen, die voorafgaan aan een suïcide, dienen gezien te worden in de totale context. Een samengaan van verschillende signalen bij een persoon, maakt hem of haar als meer 'at risk' te beschouwen voor het stellen van suïcidaal gedrag. Toch durven we poneren dat volgende aandachtspunten alertheid moeten oproepen. Een gesprek met de betrokkene is de meest aangewezen weg om de betekenis van deze signalen op te sporen.

Verbale signalen. Zowel directe verbale signalen, bv. 'Ik maak er een eind aan', 'Ik wou dat ik dood was' als indirecte verbale signalen, bv. 'Ik zou willen slapen en nooit meer wakker worden', 'Niemand kan mij helpen' verdienen aandacht. Een verbale uiting van suïcidale gedachten kan een aandachtskreet van de betrokkene zijn. De mogelijkheid bestaat dat deze uiting een laatste signaal is, voor de betrokkene tot actie overgaat. Waar de jongere zich situeert in het suïcidaal proces, is bij een korte verbale uiting de doodswens niet in te schatten. Een ernstig gesprek met deze jongere is dus strikte noodzaak (1). Het gesprek is erop gericht zicht te krijgen op het bestaan en de gedetailleerdheid van een suïcideplan en tevens om vertrouwelijk contact te leggen met de jongere.
Voortdurend bezig zijn met de gedachte aan de dood. Dit is voor kinderen en adolescenten vaak een beangstigende gewaarwording. Het is zeer belangrijk dat ze deze gedachten met iemand kunnen bespreken. Het is cruciaal voor deze jongeren, dat deze gedachten niet weggewimpeld worden, maar in ernst worden doorgesproken (1,4,8).
Plotse veranderingen in gedrag. Zowel het internaliseren als het externaliseren van het gedrag kunnen waarschuwingssignalen zijn. Het externaliseren van gedrag komt vaak voor in de adolescentie. We moeten ons realiseren dat acting-out gedrag en wisselende stemmingen vrij typisch zijn voor de tienerjaren, maar de omvang ervan kan wijzen op verlies van controle. Het plots stellen van agressief, vijandelijk en onredelijk gedrag in combinatie

met over-acting en het nemen van onverantwoorde risico's is een risicohoudende evolutie voor suïcidaal gedrag (1,4).
Ook abrupte veranderingen in de omgekeerde zin - van actief en betrokken naar passief en teruggetrokken - dienen ernstig genomen te worden. Het zou dus een valstrik zijn, brave en stille leerlingen a priori als niet 'at risk' te beschouwen. Ook een internaliserende gedragsverandering, moet met de leerling worden besproken.
Het zich terugtrekken uit sociale contacten is bij adolescenten een belangrijk waarschuwingssignaal (19,21). Het heeft vaak te maken met het feit dat suïcidale jongeren lijden onder hun negatief zelfbeeld en zich bovendien schuldig voelen over hun gevoelens en gedragingen. Ze vrezen soms om agressief te worden en hun controle te verliezen.
Echter, door deze agressieve gevoelens te onderdrukken, worden deze in feite geïntensifieerd. In de klas zijn deze leerlingen, in tegenstelling tot vroeger, rustig en teruggetrokken. Ze participeren niet in discussies en activiteiten, die vroeger wel hun deelname genoten. Ze lijken weg te zinken in hun eigen wereldje (1,3,4,8,21).
Plotse onverklaarde euforie na een periode van depressief gedrag. Tekenen van verbetering na een depressieve periode geven vaak ten onrechte geruststelling aan de omgeving. Het kan betekenen dat de beslissing tot suïcide is genomen en dat op die manier de gemoedsrust voor de jongere is weergekeerd. Maar het suïciderisico is op dat moment hoger dan ooit (4).
Verwaarlozing van lichaam en uiterlijk. Dit kenmerk is voornamelijk ernstig te nemen in geval deze verwaarlozing kan gezien worden als een component van een gedragsverandering (4,8).
Het stellen van afscheidsgedrag. Afscheid nemen, afscheidsbrieven schrijven, een testament opstellen, een schriftelijke aankondiging doen van suïcidaal gedrag in een opstel of brief zijn gedragingen waarbij hoge alertheid moet worden in acht genomen (2).
Weggeven van waardevolle bezittingen*.* Dit is vaak een vrij duidelijk teken. Bij opmerken van dit gedrag dient onverwijld met de jongere een grondig gesprek te worden gevoerd (1,4,8).
Abrupte veranderingen in aanwezigheid op school. Jongeren kunnen een patroon van afwezigheden beginnen vertonen, waarvoor de meest uiteenlopende smoezen ten berde worden gebracht. Indien ze al lichamelijk aanwezig zijn, zijn ze vaak psychisch afwezig (1,4,8).
Verslechtering van schoolse prestaties. De meeste jongeren presteren niet op consistente wijzen. Ze kennen pieken en dalen. Maar een gewoonlijk goede student, die begint te lanterfanten, de lessen verzuimt, de opdrachten te laat of slordig aflevert, wiens instelling negatief wordt, is in beslag genomen door andere gedachten met grotere prioriteit. Hij is potentieel suïcidaal (1,4,8).

Onmogelijkheid zich te concentreren. Jongeren die bezig zijn met de overweging van zelfdoding, zijn voortdurend bezig met de afweging van allerlei denkbeelden en gevoelens. Het is voor hen onmogelijk zich voor deze stroom van gedachten af te sluiten en zich te concentreren op de studie (1,2,3,4,8). Traag, verward en onlogisch spreken kan hiervan een uiting zijn (9).

Weglopen van huis. Dit gedrag kan aangeven dat de jongere de situatie als niet meer uit te houden ervaart. Als de situatie niet tot op zekere hoogte wordt opgelost, kan het zijn dat de jongere geen andere uitweg meer ziet dan suïcide (1,4,8,22).

Drug- en alcoholmisbruik. Drugs en alcohol verhogen de kans op zelfdoding, aangezien ze een zekere remming ten opzichte van de beangstigende suïcidedaad opheffen (1,4,8,12,23,24).

Permanente verveling. De meeste jongeren kennen af en toe momenten van verveling. Echter, wanneer deze verveling een algemene teneur wordt, ondanks het feit dat de omgeving massa's mogelijkheden biedt, die hun kunnen afhouden van verveling, moeten we alert worden. Dit kan suggereren dat deze jongeren niet bekwaam zijn om zich aan te passen aan het leven in het algemeen. Ze etaleren een uitgesproken gebrek aan betrokkenheid en een lusteloosheid (4).

Gevoelens van waardeloosheid en nutteloosheid. Suïcidale jongeren zijn vaak overtuigd van het feit dat ze geen sterke kanten hebben. Ze tonen in de klas een gebrek aan zelfvertrouwen en zijn aangeslagen bij de minste kritiek. Soms wordt het gevoel van waardeloosheid gecamoufleerd door zich superieur gaan te gedragen, zich sarcastisch op te stellen, aandacht te zoeken, te lachen en te praten op momenten dat dat niet adequaat is (2,3,4,8,19).

Gevoelens van hopeloosheid en hulpeloosheid. Kinderen en adolescenten leven soms in situaties, die belastend zijn voor hun psychische gezondheid (1). Wanneer ze niet bij machte zijn om deze omstandigheden op te lossen, kunnen ze hopeloosheid en hulpeloosheid ontwikkelen. Zelfdoding kan dan de oplossing lijken (4,19,21).

Pessimisme en somberheid. Pessimisme is als factor op zich weinig zeggend, maar de combinatie met andere factoren, de ernst en de doordrongenheid in het leven van de betrokkene kunnen iets zeggen over een al of niet aanwezig suïcidepatroon (2,3). Somberheid kan een typische attitude van suïcidale adolescenten zijn (2,21).

Angst en spanning. Angst en spanning zijn natuurlijk fenomenen, die in een uitgebreid gamma van gedragspatronen voorkomen. Echter, wanneer ze vaak voorkomen en gecombineerd zijn met andere suïcidale signalen, dienen ze ernstig genomen te worden (4).

Het verlies van interesse. Activiteiten of onderwerpen, die voorheen de volledige aandacht van de betrokkene opeisten, worden door suïcidale personen niet langer als interessant ervaren. Vaak verglijden deze personen in een algehele apathie (2,3,8).

Lichamelijke klachten. Vage en niet-verifieerbare lichamelijke klachten dienen met name bij jonge kinderen tot een zekere alertheid betreffende het psycho-sociaal welbevinden van het kind aan te zetten (1,4).
Veranderingen in slaappatroon. Veel slapen of juist heel moeilijk slapen kunnen uitingen van een depressie zijn. Voornamelijk bij moeilijk slapen, raken de kinderen uitgeput en dit resulteert in lichamelijk en psychologische problemen omdat hun verdedigingsmechanismen verzwakt zijn. Deze leerlingen zijn constant moe, kunnen zich niet concentreren en kunnen heel vaak geen energie opbrengen voor de hun toebedeelde opdrachten (1,2,3,4,5,8).
Verandering in eetgewoonten. Ontstaan van ernstige eetstoornissen als anorexia, boulimia of periodes van vasten of overdadig eten zijn problematische tekenen (1,2,3,4).
Motorische vertraagdheid. Deze motorische traagheid kan een zichtbaar kenmerk van een suïcidale persoon zijn (2).
Weinig vertrouwen in de ander en weinig toekomstperspectief. Suïcidale personen hebben weinig boodschap aan de ander of aan de toekomst (2,3,19,21).
Middelen verzamelen om suïcide mee te plegen. Hoe driester de aard van de gekozen middelen, hoe groter het risico (9).
Zichzelf pijn doen, zelfdestructief gedrag stellen. (6)
Een vroegere poging tot zelfdoding**.** Het is *niet* zo dat wanneer men eens een suïcidepoging heeft ondernomen, men 'at risk' moet gezien worden voor de rest van zijn dagen. Het vinden van een beter gamma van oplossingsstrategieën voor gebeurlijke problemen, kan bij de betrokkene de prioriteit van suïcide in zijn beslissingsboom op veel lager niveau zetten (4). Echter, wanneer een individu suïcidale gedachten uit, moet de aanwezigheid van een suïcidepoging in de voorgeschiedenis als ernstige verhoging van het risicoprofiel gezien worden. Het individu is dan blijkbaar blijven steken in dezelfde oplossingsstrategie van weleer (4). Bovendien moeten we ons realiseren dat bij opeenvolging van suïcidepogingen, de lethaliteit ervan toeneemt (6).

De meeste van deze signalen doen ook de diagnose 'depressie' overwegen. Suïcidale adolescenten zullen, in verhouding tot depressieve adolescenten in problematischer omstandigheden leven (meer familiale breuken, meer seksueel misbruik). Ze evalueren situaties sneller negatief, isoleren zich meer en hebben uitdrukkelijker hopeloze en negatieve toekomstverwachtingen. Suïcidaal gedrag is een ernstig alternatief in hun gedragsrepertoire (21). Adolescenten, die een suïcidepoging in de voorgeschiedenis hebben, vertonen doorgaans een gestresseerde relatie met hun ouders en een gebrek aan ouderlijke ondersteuning. Weglopen van huis en gescheiden leven van de ouders komt bij deze adolescenten vaker voor in verhouding met de doorsnee adolescent (22).

De schoolse prestaties van adolescenten met suïcidale voorgeschiedenis zijn minder goed dan die van de doorsnee adolescent (29).

2.6 Mythen en misvattingen omtrent suïcide

Omtrent zelfdoding heersen enkele mythen. Laten we de meest hardnekkige even onder de loep nemen.

Mensen die praten over zelfdoding, doen het niet. Deze mythe onderhoudt de mentaliteit dat men niets hoeft te doen om een aangekondigde poging te beletten. Vaak denkt de omgeving dat door niet in te gaan op het probleem, het probleem minder groot is. In feite is het zo dat men elk signaal serieus moet nemen. Suïcidale personen zenden heel vaak signalen uit. Er valt bij voorbaat niet te oordelen of het werkelijk een voorteken van suïcide betreft. Hoe dan ook is het belangrijk om in te gaan op het onwelbevinden van de persoon in kwestie. Door niet in te gaan op het probleem, wordt de eenzaamheid en het onbegrepen gevoel van de suïcidale persoon groter (3,4,8).

Suïcidale mensen zijn gericht op de dood. Zoals in de definiëring van suïcide reeds werd besproken, zijn er verschillende attitudes van de suïcidale persoon ten opzichte van de dood mogelijk. De dood kan inderdaad het ultieme doel zijn. Evengoed is mogelijk dat uitlatingen over zelfdoding en zelfs suïcidaal gedrag in feite onhandige, doch verwoede pogingen zijn om het leven naar een positieve bladzijde te keren (3,4,8).

Men hoeft zich alleen maar te richten op de mooie dingen van het leven om zich beter te voelen. Een vaak voorkomende reactie op uitingen van suïcidale gedachten, is een goedbedoelde verwijzing naar alle mooie dingen van het leven. Men spiegelt de suïcidale persoon voor, dat hij zijn situatie te zwart inschat. Voornamelijk bij depressieve kinderen en adolescenten is dit een hulpstrategie, die tot falen gedoemd is. Depressieve personen hebben geen energie om in te haken bij de mooie dingen en voelen zich zo nog verder wegzinken van het normale niveau van functioneren. Hierdoor neemt hun hopeloosheid toe en wordt de kans groter dat zij kiezen voor zelfdoding. Kinderen en adolescenten zijn niet op de toekomst gericht, maar leven in het heden. Wanneer zij in het heden worden overspoeld door negatieve emoties, kunnen ze zich niet richten op een eventueel mooiere toekomst. Bovendien kunnen ze zich schuldig voelen omdat ze zich niet voelen zoals hun dat aangepraat wordt. In die zin is ook het hun wijzen op het verdriet dat ze hun omgeving door een suïcide zouden aandoen, eerder inducerend voor schuldgevoelens en wanhoop dan beschermend tegen suïcide (3,4).

Mensen die pogingen tot zelfdoding ondernemen, zoeken slechts aandacht. Een poging tot zelfdoding is vaak een aanduiding dat alle andere pogingen om hulp te krijgen zijn

geprobeerd en hebben gefaald. In dergelijke context is een statement als ‘slechts aandacht zoeken’ een pijnlijk eufemisme. Voornamelijk van meerdere suïcidepogingen is geweten dat met opeenvolging van meerdere pogingen, de lethaliteit van de pogingen toeneemt (3,4).

Als men tekenen van verbetering begint te vertonen, is het gevaar voor suïcide geweken. Een verbetering van gemoedstoestand na een depressieve episode kan een enorme valstrik voor de omgeving van een suïcidale persoon zijn. Tijdens het beslissingsproces tot suïcide kan de suïcidale persoon grote angst en onrust doorstaan. Eens de beslissing tot suïcide is genomen, keert vaak de rust voor deze persoon weer. Naar de omgeving kan deze status overkomen als een verbetering van zijn toestand. Maar in werkelijkheid zit hij dan in een hoog-risico zone (4).

Praten over zelfdoding brengt mensen op ideeën. Gedachten over zelfdoding komen zeer frequent voor. Praten over zelfdoding is dus zeker geen inductie van een onbekend gegeven. Bovendien kan praten over dit onderwerp dedramatiserend en geruststellend werken. De jongeren krijgen hierdoor het gevoel niet abnormaal te zijn door aanwezigheid van deze gedachten. Voor jongeren die het echt heel moeilijk hebben en voor wie suïcide stilaan een overweegbare uitweg begint te lijken, betekent een gesprek over dit onderwerp vaak een belangrijke ontlading. Ze voelen zich serieus genomen in hun problemen (4).

Er moet worden vermeden om romantiserende of normaliserende uitlatingen over suïcidaal gedrag te doen. Men moet duidelijk stellen dat suïcide geen normale reactie op abnormale stresserende levensomstandigheden is. Het is een abnormale reactie op stresserende levensomstandigheden. Suïcide is dus geen verkiesbare oplossing, maar suïcidale gedachten zijn vaak voorkomend (9).

Kinderen weten niet genoeg om zichzelf te doden. Het doodsbegrip van kinderen met de dood als onomkeerbare toestand, begint zich te nestelen vanaf vijf- à achtjarige leeftijd (1,4). Een studie uit de V.S. uit 1984 schetst echter het profiel van 16 suïcidale kinderen tussen 2.5 en 5 jaar. Ze vertonen verlies aan interesse, impulsiviteit, agressie tegen zichzelf, suïcidale ideatie, wegloopgedrag. Ze zijn vaak misbruikt, ongewenst en verwaarloosd (20).

Personen die een poging tot zelfdoding ondernemen zijn psychisch ziek. Er zijn heel wat redenen, naast psychisch of emotioneel gestoord zijn, die een overweging van zelfdoding kunnen teweegbrengen. Een bepaald percentage van suïcidale personen vertoont ernstige psychopathologie (3,4).

Drug- en alcoholgebruik en agressief gedrag zijn uitwegen voor agressieve gevoelens en reduceren de kans op zelfdoding. Drug- en alcoholgebruik zijn juist een signaal van moeilijke aanpassing. Ze weerspiegelen de frustraties en helpen niet om de onvrede te reduceren. Ze verhogen zelfs de kans op zelfdoding, aangezien drugs en alcohol een zekere remming opheffen (4).

Iemand die eens een poging tot zelfdoding heeft ondernomen, moet als een potentiële kandidaat voor de rest van zijn leven gezien worden. Zodra men erin geslaagd is de problemen op te lossen die de gedachten aan zelfdoding opriepen, en zodra men meer aangepaste manieren van afrekenen met problemen heeft ontdekt, krijgt zelfdoding een lagere prioriteit in de hiërarchie van oplossingsmogelijkheden (4).
Zelfdoding is erfelijk. Er zijn inderdaad factoren van erfelijkheid in onderzoek. Men gaat ervan uit dat een multifactorieel model een rol speelt. Wanneer suïcidaal gedrag familiaal voorkomt, is er voor het kind een grotere probabiliteit tot het stellen van suïcidaal gedrag. Het gedrag is echter niet deterministisch genetisch bepaald. Wetenschappelijk bestaat al veel langer duidelijkheid over het voorbeeldeffect, dat uitgaat van een suïcidaal familielid. Zodra zelfdoding eenmaal in de familie als techniek om problemen op te lossen is geïntroduceerd, groeit de mogelijkheid dat ook andere familieleden dit als een mogelijke optie bekijken. Dit gebeurt bij uitstek bij kinderen, die voorbeeldgedrag van hun ouders internaliseren in hun eigen problem-solving-gamma (4).

2.7 Preventie (6,9)

Schoolpreventiestrategieën zijn een belangrijke en kosteneffectieve weg om jongeren te bereiken betreffende suïcidepreventie. Jongeren brengen immers een groot deel van hun tijd door op school en via het nauwe contact met de leeftijdsgenoten en de leerkrachten vergroot de kans dat signalen voor suïcidale gedachtegang worden opgemerkt.
Verscheidene preventieprogramma's behoren tot de mogelijkheden, maar het inschakelen van één enkel programma volstaat niet. Een algemeen schoolbeleid omtrent dit probleem is noodzakelijk. Men moet hierop kunnen terugvallen op crisismomenten om degelijke interventie en postventie mogelijk te maken. Tevens moet het beleid een algemene richting van preventief werken aangeven. Preventie kan specifiek op suïcide gericht zijn, het kan ook een bredere aanpak rond algemene emotionele gezondheid bieden.

2.7.1 Suïcidespecifieke programma's

(a) Psycho-educatieve programma's (6,9,30)

Psycho-educatieve programma's bieden informatie rond prevalentie, risicofactoren en signalen. De doelgroepen zijn leerkrachten, ouders en leerlingen zelf. Vaak zijn psycho-educatieve programma's gecombineerd met peer-helping programma's. Men leert de peer-groep vaardigheden aan om elkaar te helpen, naar elkaar te luisteren, elkaar bij te staan. Op deze wijze tracht men het bewustzijn omtrent het probleem van suïcide te vergroten, het stigma rond het zoeken van hulp bij psychische problemen te verkleinen en de identificatie van leerlingen 'at risk' te verhogen. Slechts weinige evaluaties van dergelijke programma's

tonen een significante stijging in kennis van de problematiek en in het verhogen van een positieve houding t.o.v. hulp zoeken en interveniëren bij leeftijdsgenoten in moeilijkheden (30). Andere evaluatiestudies vinden geen effecten, of komen tot de bevinding dat naast positieve effecten zoals verbeterde kennis er een risico bestaat dat suïcidale jongeren na het lesprogramma minder gemotiveerd zijn om hulp te zoeken en suïcide nog steeds beschouwen als de oplossing voor hun moeilijkheden (30). Men moet zich er bovendien voor hoeden de permissieve en positieve houding tegenover suïcide niet te versterken. Suïcide mag niet worden gebracht als een min of meer normale reactie op stresserende levensomstandigheden.

(b) Gatekeeper training (6,9,30)

Deze strategie bestaat in het trainen van onderwijspersoneel. Men tracht bij professionele sleutelfiguren de alertheid voor suïcidale waarschuwingssignalen en de kennis inzake eerste opvang, begeleiding en doorverwijzing te verbeteren (9,30). Ook de vaardigheden tot identificatie van suïcidale leerlingen worden getraind. Scholen stellen een leerkracht aan, die zich met psycho-sociale problematiek van de leerlingen kan bezighouden, de zogenaamde groene leerkracht of leerlingenbegeleider. Bij die persoon kunnen leerlingen het hele jaar terecht. Het is van groot belang dat alle leerlingen op de hoogte zijn van de functie van deze leerkracht.

Om methodische en praktische redenen is maar zeer weinig onderzoek gevoerd naar mogelijke effecten op suïcidaal gedrag door deskundigheidsbevordering van sleutelfiguren. Maar de weinige studies over deskundigheidsbevordering bij huisartsen tonen een significant gunstig effect op de ‘suïcide-rate’ (30).

(c) Screening (9)

In de Verenigde Staten wordt een systeem van case-finding door directe screening omtrent suïcidaal risico gebruikt. Leerlingen worden door middel van vragenlijsten gescreend op symptomen van depressie en voorkomen van suïcidale ideatie. Er zijn meer onderzoeken nodig om deze werkwijze evidence based te kunnen staven, maar de weinige reeds uitgevoerde onderzoeken bieden een positieve evaluatie van het systeem. Het systeem staat of valt echter met een al of niet efficiënte doorverwijzing van ‘at risk’ geëvalueerde leerlingen.

2.7.2 Bredere programma’s

(a) Vaardigheidstraining (9)

Deze sociale vaardigheidstrainingen zijn gericht op onderliggende factoren, die bijdragen tot suïcidaliteit. Gebrekkige probleem-oplossende vaardigheden worden bijgeschaafd met coping-technieken. Gebrekkige sociale vaardigheden worden bijgeschaafd met

ondersteuningstechnieken. Voor deze strategie zijn langdurige training en verschillende bijeenkomsten nodig, maar ze blijkt wel effectief wat betreft reductie van suïcidaal gedrag en verbetering van attitudes, emoties en coping.

(b) Geestelijke gezondheidsprogramma's (9)

Psycho-educationele-, peer helping- en gatekeeper training programma's kunnen voor een bredere aanpak opteren dan alleen suïcidepreventie. Men kan thema's als geestelijke gezondheidszorg, alcohol- en drugpreventie, gezondheidspromotie e.d. implementeren. Het doel is dan vorming te geven over deze aspecten en een destigmatisering van het klimaat omtrent deze problemen bewerkstelligen. Dit zou resulteren in meer positief hulpzoekend gedrag.

(c) Screening (9)

Door directe screening via vragenlijsten kunnen leerlingen worden bevraagd over symptomen van depressie, suïcidale ideatie, alcohol- en drugsmisbruik, automutilatie, gepest worden,..

2.8 Hulp

2.8.1 Herkennen van signalen

Hiervoor kan verwezen worden naar de bespreking van de signalen van suïcidale gedachtegang in paragraaf 2.5.

2.8.2 Bespreken van noodsignalen (4,7,8)

Bij vermoeden van suïcidale ideatie is het zeer belangrijk de leerling uit te nodigen deze gevoelens en problemen samen te bespreken. Het is van cruciaal belang de leerling ernstig te nemen (8). Men moet de vraag naar suïcidale gedachten en plannen uitdrukkelijk durven stellen. Tevens moeten de suïcidale gedachten duidelijk worden geëxpliciteerd.
Tijdens dit gesprek is het belangrijk dat de begeleider rustig blijft en geen schrikreacties vertoont. Bezorgdheid mag wel worden geuit (4,7). Men dient in dit contact ook na te gaan of er nog andere vertrouwensfiguren zijn, waarbij de leerling terecht kan met zijn problemen en of deze personen op de hoogte zijn van de suïcidale gedachten. In het gesprek mag de begeleider de heftigheid van de suïcidale gevoelens niet onderschatten. Het is niet wijs op dit moment te moraliseren of een schuldgevoel aan te praten. Ook het minimaliseren van de aangekaarte problemen en het hoop geven op alternatieven, die de suïcidale persoon op dat moment toch niet als een mogelijkheid ziet, is af te raden (4,7). Het is belangrijk om zich als hulpverlener niet vast te rijden in de door de suïcidale jongere opgeëiste vertrouwelijkheid.

Wanneer iemand vertrouwelijk meedeelt dat hij met zelfmoordplannen zit en vraagt met niemand hierover te praten, moet men hem duidelijk maken dat het onmogelijk is om niemand hiervan op de hoogte te brengen. Het gaat hier niet om het schenden van vertrouwen, maar het veilig stellen van de persoon, waardoor je in vertrouwen bent genomen. Geheimen kunnen enkel bewaard worden, indien dat inhoudt dat niemand erdoor wordt geschaad of gedood (4,7,8).

2.8.3 Inschatten van het suïciderisico (2,3,4,7,9)

Bij inschatting van de ernst moet men zich vergewissen of de leerling reeds een voorgenomen methode voor suïcide in gedachten heeft. Men dient de gedetailleerdheid van het plan en de lethaliteit van de gekozen methode na te gaan. Hoe gedetailleerder het plan, hoe verder de voorbereidingen werden getroffen en hoe groter de lethaliteit van de gekozen methode, des te groter het risico.

Er moet worden nagegaan of de door de jongere gekozen middelen voor suïcide al of niet vlot beschikbaar zijn. Ook is het belangrijk na te gaan of de jongere een mogelijkheid tot interventie van familie of vrienden openlaat. Indien de jongere actief voorzorgsmaatregelen tegen ontdekking of interventie neemt, ligt het doodsrisico veel hoger. Drugs en alcohol stimuleren de impulsiviteit en verminderen de doodsangst. Zij verhogen dus het doodsrisico aanzienlijk. Suïcidaal gedrag in de voorgeschiedenis is een verzwarende factor in het risico-profiel. Jongeren met weinig steun uit de omgeving en een lage frustratie-tolerantie zijn 'at risk'.

2.8.4 Doorverwijzing (9)

Wanneer het suïciderisico matig tot groot wordt ingeschat voor een kind of adolescent, dient de betrokkene duidelijk te worden gemaakt dat het inroepen van professionele hulp geraadzaam is. Deze verwijzing dient te gebeuren op een wijze waarbij men eerder normaliseert dan stigmatiseert. Men kan de jongere uitleggen dat het een teken van volwassenheid en verantwoordelijkheid is dat hij, wanneer iets emotioneels breekt in zichzelf, hiervoor professionele hulp toelaat. Men kan zich wenden tot Centra voor Geestelijke Gezondheidszorg, Comité Bijzondere Jeugdzorg, Centra voor Ambulant Welzijnswerk, huisartsen, spoedopnamediensten.

2.8.5 Psychologische eerste hulp bij suïcidale crisis (1,2,4)

(a) Eerste hulp

Als zich bij een jongere een suïcidale crisis voordoet, dan is psychologische eerste hulp belangrijk. Deze eerste hulp houdt in dat men ***intensief contact moet leggen*** met deze jongere. Het is dan belangrijk om bezorgdheid, rustige competentie en vertrouwen uit te

stralen. De jongere heeft er geen boodschap aan dat men op zo'n moment op alles antwoorden weet. Des te meer heeft hij nood aan oprechte interesse in zijn verhaal.
Het is belangrijk om na een eerste contact voor de jongere duidelijk te stellen dat men blij is dat de jongere over de gevoelens van zelfdoding heeft gesproken, dat hierover spreken een juiste manier van handelen is. Op die manier kan men gevoelens van schuld en schaamte wegnemen (1,4).
Men dient de ***uitlokkende gebeurtenis voor de crisis op te helderen***. Het probleem kan best zo specifiek mogelijk worden verwoord en omschreven. Door opheldering van het probleem heeft men de kans genomen om met de jongere het broodnodige vertrouwenscontact te leggen. Het zoeken naar uitlokkende gebeurtenissen kan worden aangevuld met een probleem-inventarisatie. Men gaat na welke ingrijpende gebeurtenissen meespelen in het ontstaan van suïcidale gedachtegang. Tevens worden de motivationele elementen voor een suïcide nagegaan.
Een volgende stap is het ***zoeken naar oplossingen***. Niet het hebben van eigen oplossingen is hier van belang, maar het zoeken naar mogelijke oplossingen die de jongere zelf als alternatieven voor zelfdoding ziet. Zo wordt hem een betere coping-strategie bijgebracht en worden via deze crisis eventuele volgende crisissen in een ander daglicht gesteld.
Wanneer dan ***concrete actie*** moet worden ondernomen, hangt het van de ernst van de situatie af of de hulpverlener een faciliterende of dirigerende rol moet spelen. Als de kans op dodelijke afloop hoog is, is het belangrijk dat de hulpverlener zich zeer directief opstelt. Dit kan het inschakelen van diensten zijn of het zelf in handen nemen van de situatie. Men kan zeggen dat men wil praten, maar dat gelijk ook de ouders moeten worden ingelicht en dat er een aantal initiatieven moeten worden genomen. Middelen voor het plegen van suïcide kunnen best uit de omgeving van de jongere worden verwijderd. Dit moet gebeuren in overleg met de jongere. Indien de situatie minder risicovol is, kan de helper de rol van facilitator opnemen. Hier zal de jongere zelf verantwoordelijk zijn voor de ondernomen acties, hierin geholpen door de helper. De helper kan met de jongere een contract uitwerken, waarin hij toezegt geen poging tot zelfdoding te doen gedurende een bepaalde tijd. Als hij zich opnieuw wanhopig voelt, verplicht hij zich om contact op te nemen. Er dient een 24-uursbereikbaarheid van hulpverlening te worden voorzien.
Een volgende stap in de hulpverlening is het duidelijk vastleggen van ***follow-up contacten***, het ontwikkelen van een netwerk van steun en het ***opheffen van het sociaal isolement*** (14,16,25).

(b) <u>Obstakels bij eerste hulp</u> (2)

Een aantal obstakels kunnen voortvloeien uit een goedbedoelde poging tot hulp.

De ***houding dat voorkoming van zelfdoding het enige doel in de hulpverlening is****,* vormt een eerste obstakel. Gevolg van deze houding is dat één van de meest kenmerkende aspecten van de levensstijl van suïcidale personen hierdoor wordt versterkt; met name: iemand anders verantwoordelijkheid doen dragen voor het feit dat de suïcidale persoon blijft leven of niet. De hulpverlener, die zich laat verleiden tot het opnemen van deze verantwoordelijkheid uit medemenselijkheid of uit angst, loopt vanaf dat ogenblik het risico via dreigingen met suïcide door de suïcidale persoon te worden gestuurd of gemanipuleerd. Bovendien zal het gevoel bij de suïcidale persoon, dat hij alleen omwille van anderen nog in leven is, zijn het risico op suïcide verhogen.
Een tweede obstakel is ***het idee dat het gevaarlijk is om openlijk over suïcidaliteit te spreken.*** Zoals reeds in de mythen rond suïcide is besproken, is het nodig en nuttig om de suïcidale gedachten in detail te bevragen en te bespreken. Niet alleen geeft dit gesprek onmisbare informatie over de grootte van het risico dat de suïcidale persoon loopt, via dergelijk gesprek kan ook een groot deel van de stress omtrent deze suïcidale gedachten worden opgevangen.
Een derde obstakel is ***het idee dat hulpverlening aan suïcidale personen, afgezien van de crisisinterventie, geen andere eisen stelt****.* Het begeleiden van suïcidale personen vraagt steeds hernieuwde inspanningen van de hulpverlener. De hulpverlener voelt zich via de suïcidale persoon bij momenten geconfronteerd met de eindigheid van zijn competentie. Veel hulpverleners hebben er problemen mee om deze gevoelens van onzekerheid voor zichzelf toe te geven. Zodoende kan het gebeuren dat deze gevoelens van onzekerheid op de patiënt worden geprojecteerd. Dit kan de communicatie tussen hulpverlener en suïcidale persoon aanzienlijk verslechteren.

2.9 Opvang van de omgeving na suïcide

Om te kunnen begrijpen hoe we kinderen het best kunnen helpen, nadat ze met de zelfdoding van een naaste zijn geconfronteerd, kunnen we best eerst nagaan hoe kinderen rouwen.

2.9.1 De vier rouwtaken (4)

Het algemene rouwproces verdeelt zich in vier grote rouwtaken
Vooreerst moet de rouwende de ***werkelijkheid van het verlies aanvaarden***. Om deze reden is het in alle omstandigheden belangrijk dat de rouwenden de overledene kunnen gaan groeten. Daarna moet men de ***pijn van het verlies ervaren***. De derde rouwtaak bestaat uit het ***aanpassen aan een omgeving zonder de overledene***. De laatste rouwtaak is een ***nieuwe plaats geven aan de overledene en opnieuw leren houden van het leven.***

Geen enkele van deze rouwtaken is ooit definitief afgesloten. Rouwen is een proces van vallen en opstaan, een onverwachte gebeurtenis kan de rouwende terugwerpen in het heftige verdriet van reeds doorleefde rouwtaken.

2.9.2 Rouwverwerking bij kinderen per leeftijdsgroep (4)

Tijdens de ***eerste levensmaanden*** is goede verzorging in staat alle reacties te sussen. Vanaf de leeftijd van ***vier maanden tot twee jaar*** beginnen kinderen onbehagen te tonen wanneer ze de moeder of de vertrouwde ouderfiguur missen. Er is verandering van eet- en slaapgewoonten vast te stellen. Als de verwijdering van de moederfiguur voortduurt, distantiëren kinderen zich van iedereen, totdat een constante persoon de zorg overneemt. Van ***twee tot vijf jaar*** zijn kinderen nog niet in staat om te begrijpen dat de dood onomkeerbaar is en wat de consequenties ervan zijn. Kinderen hebben op deze leeftijd moeite met drie sleutelbegrippen. Het eerste is het niet meer functioneren van het lichaam. Kinderen moeten leren dat dood betekent dat het lichaam niet meer werkt en dat er niet zo iets bestaat als een beetje minder levend zijn. Een tweede begrip dat op deze leeftijd het abstractievermogen van kinderen overstijgt, is het onomkeerbare van de dood. Ze zien de dood als een niet-definitieve status. Snerpend pijnlijke uitspraken als “Papa is nu toch al lang genoeg dood” vallen in deze context te interpreteren. Een laatste begrip is het universele van de dood. Iedereen sterft. Kleine kinderen zien de dood als een vermijdbaar ongeluk. “Als je maar goed oppast, gebeurt het je niet.” Typisch voor deze leeftijd is ook het magisch denken. Ze denken dat ze over een soort magische kracht beschikken om dingen te laten gebeuren als ze eraan denken. Als ze bijvoorbeeld hun vader verwenst hebben toen hij hun een opmerking gaf en vader sterft, kunnen ze denken dat zij zelf verantwoordelijk zijn voor zijn dood. Zo ontstaan schuldgevoelens bij het kind op gronden die voor volwassenen moeilijk voorspelbaar of inleefbaar zijn. Bovendien missen kinderen op deze leeftijd nog de capaciteit om hun gevoelens en gedachten nauwkeurig te verwoorden. Omdat men het verdriet van kinderen maar af en toe ziet, denkt men ten onrechte dat het overlijden hen niet heeft geraakt. Ze kunnen zich ook opstandig gedragen tegen de overledene, door wie ze zich in de steek gelaten voelen.

Kinderen van ***vijf tot acht jaar*** begrijpen de dood, maar niet op een volwassen niveau. Ze beginnen te begrijpen dat de dood onomkeerbaar is, maar ze vatten nog niet dat ze er ook kwetsbaar voor zijn. Dood is voor ouderen, en ‘ouderen’ zijn al degenen die niet bij de ‘kinderen’ worden gecatalogeerd. Kinderen uit deze leeftijdsgroep zijn bijzonder kwetsbaar in hun rouwbeleving, omdat ze al wel de dood begrijpen, maar nog geen mogelijkheden hebben om ermee om te gaan. Het is voor deze kinderen belangrijk om uitdrukkelijke toestemming te krijgen om hun verdriet te uiten. Sommige vijf- tot achtjarigen denken dat dood besmettelijk is, dat men het kan krijgen van iemand die een familielid heeft verloren.

Kinderen zijn op deze leeftijd erg gefascineerd door de biologische details van de dood. Eerlijke uitleg is hieromtrent de beste houding. Waar kinderen uitleg wordt onthouden, gaan ze zelf verder fantaseren. Deze fantasie is vaak veel erger dan de werkelijkheid.
Acht- tot twaalfjarigen zijn in staat tot meer abstract denken. Ze begrijpen dat dood onomkeerbaar is en dat iedereen sterft. De vraag waarom nu precies deze, voor hun zo belangrijke persoon sterft, dringt zich dan op. Voornamelijk zelfdoding van een verwante, kan een grote schuldvraag bij deze kinderen oproepen. Algemene attitudes die bij deze leeftijdsgroep kunnen optreden na overlijden van een verwante zijn: het opbouwen van een façade van onafhankelijkheid, een algemene prikkelbaarheid, dwangmatige zorg voor de overblijvende familieleden, bazig en controlerend gedrag, fobieën en hypochondrie.
Adolescenten zullen vaak de stappen van een volwassen rouwproces doorleven. Dit proces is echter nog gecompliceerd door typische adolescentieproblemen zoals weerstand om met volwassenen te communiceren, overbezorgdheid of anderen hun reacties zullen aanvaarden, problemen van afhankelijkheid en afstand, identiteit en heftige emoties.

2.9.3 Bijzondere kenmerken van rouwgedrag bij kinderen (4)

Volgende algemene kenmerken van rouwgedrag bij kinderen dienen in acht genomen te worden.
Kinderen rouwen in korte en intense episodes. Kinderen zijn niet in staat lange tijd psychologische pijn te verdragen. Daarom vermijden ze vaak de pijn. Ze zijn op die manier met onderbrekingen gedurende jaren bezig met verwerking van verlies en verdriet. Alternerend zien ze het verdriet onder ogen en ontwijken ze het. Het uiten van hun gevoelens kan dan weer zeer explosief zijn in vergelijking met volwassenen. Het is belangrijk om deze explosieve emoties toe te laten en aan te geven dat gevoelens heel natuurlijk zijn en niet mogen worden opgekropt.
Verwerking van verdriet via spel. De verbale en mentale mogelijkheden van kinderen zijn vaak nog te beperkt om via deze weg verwerking van verdriet mogelijk te maken. Kinderen hebben op deze volwassen versie van rouwverwerking een eigen variant. In hun spel zoeken zij vertolking voor hun gevoelens.
Uitstellen van rouw. Kinderen die te maken krijgen met verlies van een ouder, ervaren heel scherp het organisatorisch spaaklopen van het gezinsgebeuren. Ze kampen dus gelijktijdig met drie verliessituaties: de overleden ouder wordt gemist, de overblijvende ouder is overmand door verdriet en vaak moeilijk emotioneel bereikbaar voor het kind en de gezinsorganisatie vervalt in een tijdelijke chaos. Dit brengt voor het kind een groot onveiligheidsgevoel met zich mee. Pas na herstellen van het veiligheidsgevoel zal het kind in staat zijn om zijn persoonlijke rouw aan te vatten.

Vernieuwde rouw bij belangrijke veranderingen. Bij belangrijke gebeurtenissen in het leven van het kind, kunnen rouwgevoelens weer in alle heftigheid opflakkeren.

2.9.4 Specifieke vereisten van rouwbegeleiding bij adolescenten (4)

Rouwende adolescenten hebben een aantal specifieke behoeften in de begeleiding.
Ze hebben ***behoefte aan zekerheid***, aangezien er bij hen een grote angst heerst naar aanleiding van de gewijzigde leefsituatie. Men dient hen te verzekeren dat er een moment zal zijn dat alles weer zijn normale gang zal gaan en er moet worden besproken hoe de problemen kunnen worden aangepakt, zodat het leven terug leefbaar wordt. Ook emotionele zekerheid is bij adolescenten een niet te verwaarlozen behoefte. Ze lijken op crisismomenten meer volwassen dan ze in werkelijkheid zijn. Adolescenten kunnen een situatie wel rationeel begrijpen, maar leven vanuit hun gevoelens. Hen verzekeren dat hun ouders van hen houden en om hen bezorgd zijn, is geen overbodige luxe.
Ze hebben ook ***behoefte aan intimiteit***. Het feit dat een van de belangrijkste personen uit hun leven wegvalt, doet hun leven wankelen. Ze hebben behoefte aan iemand die van hen houdt en voor hen zorgt. De puberale stoerheidsfaçade is hier een valstrik waardoor begeleiders zich niet mogen laten mislijden.
Men moet adolescenten ***helpen de band met de overledene te bewaren***. Rouwen heeft niets te maken met de overledene trachten te vergeten. Rouwen betekent een andere plaats geven aan de overledene, zodat men zonder diens lijfelijke aanwezigheid toch in verbondenheid met hem de verdere weg van het leven aankan. Het is belangrijk om adolescenten te helpen bij het in perspectief brengen van dit verlies. Zoals het ongezond zou zijn om de overledene te idealiseren en er krampachtig aan vast te houden, zo zou het evenmin gezond zijn kwaad te blijven op de overledene omwille van zijn afwezigheid of een schuldgevoel tegenover hem staande te houden. Een positieve, correct gebalanceerde herinnering is de best leefbare versie voor de nabestaande.
Adolescenten hebben de behoefte ***over hun gevoelens te communiceren***. Het is belangrijk na te gaan of de adolescent iemand in zijn omgeving heeft waarmee in warmte en vertrouwen over de verlieservaring kan worden gesproken.
Een vijfde behoefte is het ***vinden van verlichting van pijn en verdriet***. Dit is nauw verbonden met de behoefte om gevoelens te delen. In het uiten van gevoelens als agressie, schaamte en schuld voelt men af en toe verlichting van pijn.
Tenslotte moet de adolescent zijn ***normale ontwikkeling hervinden***. Ze zijn genoodzaakt dit te doen zonder de steunpilaren waar ze vroeger op konden rekenen.

2.9.5 Specifieke problematiek van rouw na zelfdoding (4)

Aangezien de ***aard van het sterven anders*** is dan bij een natuurlijk overlijden, duurt de periode van ontkenning en ongeloof vaak langer.

De ***gebeurtenissen die zijn voorafgegaan aan de dood***, zijn vaak heel stresserend geweest. Soms hebben een reeks suïcidepogingen het overlijden voorafgegaan. Het is ook mogelijk dat de suïcide een volstrekte verrassing voor de omgeving is. Beide mogelijkheden zijn bemoeilijkende factoren voor het rouwproces.

Het ***eindeloos zoeken naar het waarom van de zelfdoding*** is voor de nabestaanden een onderwerp van vertwijfeling. Men onderzoekt alles en de eigen relatie met de overledene wordt onder de microscoop gelegd. Vaak speelt de schuldvraag hierin heel sterk.

Aangezien het niet gaat om een natuurlijk overlijden, komt aan suïcidaal overlijden ook een ***politioneel onderzoek*** te pas. Dit zal ongetwijfeld en bemoeilijkende factor van de aanvangende rouw betekenen.

In ***geloof en religie*** zoekt men naar verzekering dat de overledene geen onvergeeflijke zonde heeft begaan. Het vroegere verbod van de kerk op normale religieuze riten was hierbij zeker geen verdienstelijke factor in de rouwverwerking van de nabestaanden.

De ***omgeving heeft in geval van suïcide heel sterk de neiging om schuldigen voor de suïcide aan te wijzen***. De naaste omgeving, die al van nature met schuldgevoelens omtrent de suïcide kampt, is met deze houding zeker niet geholpen.

Bovendien is er bij suïcide een ***groter vermijdingsgedrag*** van de omgeving dan bij andere stervenssituaties. De omgeving durft het overlijden met de nabestaanden niet ter sprake brengen of ontwijkt hen zelfs.

Bij overlijden van een familielid, is het belangrijk dat aan kinderen de correcte toedracht van dit overlijden wordt kenbaar gemaakt door hun meest naaste vertrouwensfiguren. Elk gemis aan informatie leidt tot door het kind gefantaseerde verklaringen. Deze fantasie is vaak veel gruwelijker dan de realiteit. Volledige en correcte informatie behoedt het kind ook voor nodeloze schuldvraag. Uiteraard zal in geval van zelfdoding het kind hierin heel stevig moeten worden begeleid. Correcte informatie behoedt het kind ook voor het naar het kind uitlekken van verzwegen informatie, op een moment dat het kind niet op de broodnodige steun kan terugvallen.

2.9.6 Postventie (8,9)

Postventie is het geheel van alle activiteiten, die men kan stellen na suïcide van een lid van de (school)gemeenschap, om de mogelijke effecten van het traumatische gebeuren aan te pakken en te verlichten. Het doel van postventie op school is het bijstaan van leerlingen en leerkrachten in het rouwproces na de suïcide van een leerling of leerkracht. Bovendien tracht

men door ondersteuning op het crisismoment het trauma te minimaliseren (8,10). Men doet hierbij ook aan preventie door het copycat - effect tegen te gaan.

(a) Crisisplan(8,9)

Het is strikte noodzaak dat elke school bij voorbaat een eigen beleid en crisisplan opmaakt. Op voorhand opgestelde, geplande en uitgeschreven procedures bieden in crisisomstandigheden een onontbeerlijke structuur om op terug te vallen.

Een ***postventieteam*** moet van tevoren samengesteld zijn. Dit team staat in voor de coördinatie, communicatie en implementatie van het plan. Ook evaluatie en follow-up van het plan worden door dit team uitgevoerd. Men moet connecties ontwikkelen tussen de school en de gezondheidsinstanties, die in geval van suïcide hulp kunnen bieden (8).
Ook dient het onderwijzend personeel te informeren rond signalen, risico's, rouwreacties en het voor de school specifieke ***postventieplan***. Het postventieplan dient de afspraken te bevatten over wie in omstandigheden van crisis welke contacten legt en welke verantwoordelijkheden neemt (8). Het verdient betoog dat bij voorbaat stellen van al deze voorzorgsmaatregelen, de interventie op een crisismoment bevordert in efficiëntie (9).

(b) Postventiestappen na suïcide (7,8,9)

De onmiddellijke reactie gedurende de ***eerste 24 uur*** is cruciaal. Uitstel kan leiden tot ontgoocheling en onbegrip.
Het ***personeel moet op de hoogte*** worden gebracht van het gebeuren en van het postventieplan. Soms moeten ook leerkrachten worden begeleid. Vervolgens moeten de ***leerlingen op de hoogte gebracht*** worden. Er moet tijd vrijgemaakt worden om de leerlingen te begeleiden in de eerste momenten van het rouwproces. Werken in kleine groepen is hierin wenselijk omdat men het effect van een massagebeuren niet kan inschatten. In de gesprekken is het niet de bedoeling een oplossing te bieden voor het verdriet en de pijn, maar de leerlingen worden geholpen in het uiten van gevoelens en er groeit een klimaat van wederzijdse ondersteuning. Op deze manier kan men hopen dat er ook voor de meest kwetsbare leden van de schoolgemeenschap opvang wordt geboden. Leerlingen, die het zelf moeilijk hebben en 'at risk' zijn voor identificatie met het suïcide-slachtoffer, dienen nauwlettend te worden opgevolgd en eventueel te worden doorverwezen. Het is belangrijk om kinderen op een niet-culpabiliserende manier uitleg te geven over het suïcidaal overlijden van een naaste. Men kan hun uitleggen dat de persoon het zeer moeilijk had, dat hij een ziekte in zijn gedachten had, … Op reacties van de kinderen moet worden ingegaan, zij het zonder te verglijden in een romantiserende houding ten opzichte van het suïcidaal gedrag of van het slachtoffer. Dit is nodig om te anticiperen op identificatie en

modelling. Men moet voorkomen dat details over de suïcide worden verspreid. Wat herdenkingsplechtigheden betreft, kan men zich best houden aan hetgeen men op school doet in geval van een overlijden door natuurlijke doodsoorzaak (7,8,9). Door zich aan de voorgaande aanbevelingen te houden, tracht men een copycat-effect van suïcidaal gedrag bij andere leerlingen tegen te gaan.
De school moet ***op formele wijze medeleven met de ouders uitdrukken***. Diverse contacten met de ouders kunnen verhinderen dat de ouders achteraf in isolement verglijden. Getuigenissen van wat de leerling voor de schoolgemeenschap betekende kunnen voor de ouders een steun zijn in de moeilijke rouw.
Het is nuttig via een schrijven de ***andere ouders te informeren*** rond het gebeurde.
Wanneer de emoties omtrent de suïcide wat zijn geluwd, is het aan te bevelen om na 3 tot 6 maanden ***terug te komen op het onderwerp suïcide***.

2.10 Opvang na een suïcidepoging (7)

Wanneer een leerling na een suïcidepoging terugkeert naar de school, kan deze stap best degelijk voorbereid gebeuren. De terugkeer en de opvang moeten door de school vooraf besproken worden met de ouders, de hulpverleners en met de leerling zelf. Men dient zich een beeld te vormen van de probleemoplossende vaardigheden, van de sociale relaties op school en thuis en van het functioneren op school. Men dient ook het risico op recidief in te schatten. De terugkeer van de leerling op school moet erop gericht zijn het kind zo gewoon mogelijk, en niet als een ‘case’, zijn schoolperiode te laten voortzetten. Deze bekommernis moet een rol spelen bij de keuze over wie al dan niet over de suïcidale voorgeschiedenis wordt ingelicht. Het betrekken van het schoolpersoneel verhoogt de mogelijkheid voor toezicht en opvang (7). Indien de medeleerlingen niet op de hoogte waren, moeten ze ook niet op de hoogte gebracht worden. Indien ze wel op de hoogte waren, moet hierover met hen worden gepraat in serene sfeer. De bedoelingen van dergelijk gesprek zijn: leerlingen laten vertellen wat ze weten en hoe ze zich daarbij voelen, correcte informatie geven over dood en suïcide, zoeken naar wat de leerlingen kunnen doen als ze het zelf moeilijk hebben (7). In geval de school één van de redenen voor suïcidaal gedrag was, moeten de problemen eerst aangepakt worden.

Hoofdstuk 3: METHODEN

3.1 Instrumenten

De noodsignalen van suïcidaal gedrag en de wenselijke eerste benadering van suïcidale personen werden in de literatuur opgezocht. Hiervoor kan worden verwezen naar de literatuurstudie. Alle in de literatuur vindbare noodsignalen en wenselijke begeleidingsacties werden omgezet in vragen. Er werd gekozen voor een 1-2-3-4-5 schaal. Responders konden zich uiten als 'helemaal niet akkoord' (score 1), 'eerder akkoord dan niet-akkoord' (score 4), 'onbeslist' (score 3), 'eerder niet akkoord dan akkoord' (score 2), of 'volledig akkoord' (score 5) met de gepresenteerde stelling. De vragenlijst is als volgt opgevat: Algemene profiel-vragen over de leerkrachten werden aangevuld met een lange reeks ***inschattings*vragen** betreffende noodsignalen van suïcidaal gedrag en wenselijke benaderingswijze van suïcidale personen.

vb.	*Helemaal NIET akkoord*				*VOLLEDIG akkoord*
21. Ik vind het wenselijk om, als een leerling me in vertrouwen zijn suïcideplannen meedeelt, hier met niemand over te spreken.	1	2	3	4	5

De ***profiel-vragen*** verschaffen inzicht in:

. het aantal jaren/aantal maanden ervaring in het onderwijs,
. het al of niet hebben van een bijkomende begeleidende opdracht in de school (klastitularis, groene leerkracht of leerlingenbegeleider),
. de al of niet aanwezigheid van een leerlingenbegeleider op school,
. de voorgeschiedenis van al of niet aanwezige confrontatie met personen met suïcidale gedachten en/of gedragingen in privé en/of professionele kring,
. of men gedurende zijn opleiding onderwezen werd over het onderwerp 'suïcidepreventie',
. de eventuele bijscholingen van de leerkracht over suïcidepreventie,
. de opleiding van de leerkracht,
. het type onderwijs waarin men werkzaam is (gewoon lager, gewoon secundair, buitengewoon lager, buitengewoon secundair),
. de leeftijdsgroep waaraan met les geeft,
. het al of niet eigen aanvoelen van noodzaak tot bijscholing omtrent aspecten van

zelfmoordpreventie,

. het al of niet onzekerheid ervaren betreffende herkennen van noodsignalen, betreffende de opbouw van een vertrouwensrelatie met suïcidale leerlingen, betreffende de verwijzing naar hulpverleners, betreffende de combinatie van de zorg voor suïcidale leerlingen met het schoolse takenpakket.

De volledige vragenlijst kan geraadpleegd worden in bijlage 1.

Vóór de algemene verspreiding werd de vragenlijst voorgelegd aan 2 leerkrachten van het secundair onderwijs, aan 1 directrice van het secundair onderwijs en aan 1 maatschappelijk werker met 30 jaar ervaring binnen de leerlingenbegeleiding in het P.M.S., later het C.L.B. . Drie van de betrokken proefpersonen waren reeds eerder op professioneel en/of privé terrein geconfronteerd geweest met suïcidaal gedrag. Er werd de proefpersonen gevraagd naar algemene commentaar betreffende de vragenlijst, betreffende de ingebedheid in de schoolse realiteit, betreffende verstaanbaarheid van de vraagstelling en betreffende timing. De proefpersonen vonden de vragenlijst redelijk moeilijk en klokten hun invultijd af op 18, 35, 40 en 90 minuten. Rekening houdend met de opmerkingen van de proefpersonen, werden nog enkele vragen geschrapt, bijgeschaafd en toegevoegd. Uit hun opmerkingen sprak vooral de grote nieuwsgierigheid naar het vervolg van dit onderzoek.

3.2 Populatie en motivering

Vervolgens werd contact opgenomen met de scholen van het gewoon lager, gewoon secundair en buitengewoon lager onderwijs van Bree en één school van Bocholt. Aangezien er in Bree geen buitengewoon secundair onderwijs vertegenwoordigd was, werden ook twee scholen van het buitengewoon secundair onderwijs uit Maaseik geïncludeerd.

Het opzet van het onderzoek werd via persoonlijk telefonisch contact met de directeurs bondig uiteengezet en er werd toestemming gevraagd om de school te includeren in het onderzoek. Opvallend is dat geen enkele directeur hierop negatief heeft gereageerd. Bij aflevering van de vragenlijsten werd opnieuw het opzet van het onderzoek uitgelegd en werd het opgevraagde aantal exemplaren afgeleverd. Evaluatie van de manier waarop leerkrachten noodsignalen en wenselijke benadering van suïcidale personen inschatten, werd verdedigd als een aangrijpingspunt voor eventuele verbetering van de opvang van suïcidale leerlingen en verbetering van de toerusting van leerkrachten voor deze problematiek. Beveiliging van de gegevens per leerkracht werd gegarandeerd in de nadrukkelijke vraag naar anonieme inlevering van de ingevulde vragenlijsten. Bij elke afgeleverde enquête werd een begeleidende brief aan de ondervraagde leerkracht gevoegd,

waarin nogmaals het onderzoeksopzet werd gemotiveerd (bijlage 2). Bij het ophalen van de ingevulde vragenlijsten was er telkens een kort contact met de directeur, zodat eventuele vragen of opmerkingen rechtstreeks bij mij terecht kwamen. Aangezien rekening moest worden gehouden met enige drempel tot deelname, werd aan de leerkrachten een tweede gelegenheid geboden om aan het onderzoek deel te nemen. Er werd een nieuwe herinneringsbrief aan de directies verzonden (bijlage 3) samen met een herinneringsbrief voor interne verspreiding onder de leerkrachten (bijlage 4). Het antwoordpercentage kon door deze herinneringsbrieven slechts met 1% opgetrokken worden van 56% naar 57%. Van de 590 aangeschreven leerkrachten werkten in totaal 334 leerkrachten mee.

De 334 vragenlijsten werden in een exel-document ingevoerd. De vragen werden verwerkt in SPSS 12.0 for Windows (Copyright©SPSS Inc., 2004-2005, student version). Frequentietabellen werden opgesteld en factoranalyse werd uitgevoerd.

De scholen zullen van de resultaten op de hoogte worden gebracht. Er zal in de resultatenmailing naar de scholen toe ook aandacht worden besteed aan de bediscussiëring van de noodsignalen en de aanbevolen benaderingswijzen, zoals gestaafd door de literatuur. De mogelijkheid om deze resultaten in groep te bespreken, werd met de directeurs besproken. Enkele scholen gingen gretig op dit aanbod in. Afspraken voor bespreking op pedagogische studiedagen werden gemaakt.

Hoofdstuk 4: RESULTATEN

4.1 Hercodering van antwoorden

Voor de verwerking van de resultaten dient vooraf verklaard, dat de ***antwoorden gehercodeerd worden van een 1-2-3-4-5 codering naar een 1-2-3 codering***.
De antwoorden 1 en 2 werden beiden beschouwd als ‘niet-akkoord’ antwoorden. Ze kregen de code 1. Antwoord 3 werd als ‘onbeslist’ beschouwd en kreeg de code 2. De antwoorden 4 en 5 werden beschouwd als ‘akkoord’ en kregen de code 3. De reden van deze hercodering wordt besproken in de discussie. Voor het vervolg van de verwerking zal met deze gehercodeerde resultaten worden gewerkt.

4.2 Wering vragen

8 van de 59 inschattingsvragen worden geweerd uit de verdere bespreking. Het gaat hier om de vragen 10, 26,33, 35,40, 55, 61 en 63 (cfr. vragenlijst in bijlage). Ze bleken bij nader inzicht onvoldoende ondersteund door literatuurgegevens (vraag 40, 55, 63), ondersteund door tegenstrijdige literatuurgegevens (vraag 33, 61) of verwarrend opgesteld (vraag 10, 26, 35).

4.3 Antwoordpercentages en profiel van de respondenten

14 van de 14 aangesproken scholen hebben hun medewerking aan het onderzoek verleend. In tabel 1 worden de antwoordpercentages per type school weergegeven.
10 van de 14 scholen behaalden een antwoordpercentage van meer dan 60%. Vermeldenswaardig is dat één van de scholen slechts een antwoordpercentage van 18% haalde. Uit het motivatiegesprek met de directeur kan worden vermoed dat minder gunstige ervaringen met een vorig wetenschappelijk onderzoek over suïcidepreventie, mogelijks aan de aan de oorsprong van dit lage antwoordpercentage liggen.

Tabel 1: Antwoordpercentage per type school

	Aantal scholen	**Aantal respondenten**	**Aantal aangeschreven leerkrachten**	**Percentage respondenten**
Gewoon lager onderwijs	6	52	77	68 %
Buitengewoon lager onderwijs	1	11	15	73 %
Gewoon secundair onderwijs	5	197	381	52 %
Buitengewoon secundair onderwijs	2	74	117	63 %
TOTAAL	14	334	590	57 %

Tabel 2 toont de verdelingen, die in de profielen der respondenten worden vastgesteld.

Tabel 2: Procentuele verdeling van de profielkenmerken van de respondenten

	% respondenten dat positief scoort voor kenmerk	**% respondenten dat negatief scoort voor kenmerk**
Ooit privé of professioneel met suïcidaal gedrag geconfronteerd	69	30
Functie als leerlingenbegeleider of groene leerkracht	7	88
Ooit scholing of bijscholing omtrent suïcidepreventie gehad	13	74
Functie als klastitularis	44	51
Acht bijscholing omtrent suïcidepreventie wenselijk	44	49
Onzeker over herkenning van noodsignalen	75	20
Onzeker over opbouw vertrouwensrelatie met suïcidale leerling	59	33
Onzeker over verwijzing naar hulpverlening	49	44
Twijfels over combinatie van zorg voor suïcidale leerlingen met schools takenpakket	50	43

Verder dient vermeld dat 5% van de respondenten minder dan één jaar ervaring in het onderwijs heeft. 19% der respondenten heeft tussen 1 en 5 jaar ervaring en 75% geeft langer dan 5 jaar les.

4.4 Antwoordtendensen bij inschattingsvragen over noodsignalen van suïcidaal gedrag en wenselijke benadering van suïcidale personen

Via de vragenlijst wordt gepeild naar de manier waarop leerkrachten alarmsignalen van suïcidaal gedrag en de wenselijke benaderingen van suïcidale personen inschatten. Hierna volgt een duiding van de antwoordtendensen aan de hand van tabel 3, 4, 5 en 6.
In de tabellen is per vraag de antwoordrichting, die correspondeert met de literatuur, bondig geformuleerd in de eerste kolom. In de tweede kolom is per vraag het aantal valide antwoorden weergegeven. Kolom 3 vermeldt het percentage respondenten, dat een antwoordrichting tegengesteld aan literatuurgegevens kiest. Kolom 4 toont het percentage respondenten, dat onbeslist blijft. In kolom 5 staat het percentage respondenten, dat een antwoordrichting corresponderend met de literatuurgegevens kiest.
In tabel 3, 4, 5 en 6 wordt een overzicht gegeven van de wijze waarop door de respondenten noodsignalen van suïcidaal gedrag en wenselijke benadering van suïcidale personen worden

ingeschat. Tabel 3 en 4 geven de vragen weer, die door meer dan 50% van de respondenten worden beantwoord met een antwoordrichting, tegengesteld aan de literatuur. De keuze van dit percentage als afkappunt is arbitrair. De percentages respondenten per antwoordkeuze zijn in de tabellen per vraag weergegeven.

Tabel 3 toont de ***inschattingsvragen over wenselijke benadering van suïcidale personen***, die door meer dan 50% van de respondenten niet conform de literatuur worden ingeschat. De meerderheid der respondenten vindt dat geen schooltijd moet worden vrijgemaakt om leerlingen hun emoties bij de suïcide van een medeleerling te laten uiten (57.5% van de respondenten), dat men leerlingen vrij en ongecontroleerd emoties moet laten uiten na suïcide van een medeleerling (83.8%). Ze denken dat het zinvol is om suïcidale leerlingen te wijzen op het feit dat ze alles te zwart zien (69.4%), dat oplossingen voor hun problemen aanreiken primair is in de hulpverlening aan suïcidale personen (60.7%) en dat best een bijzondere herdenking voor suïcideslachtoffers wordt gehouden (65.7%). Deze houdingen worden niet onderschreven door de literatuur.

Tabel 3: Vragen over inschatting van wenselijke benadering van suïcidale personen, waarbij meer dan 50% respondenten een antwoordrichting tegengesteld aan de literatuur kiest

	Aantal valide antwoor-den	**% respon-denten met antwoord-richting tegen-gesteld aan stelling uit literatuur**	**% respon-denten met onbeslist antwoord**	**% respon-denten met antwoord-richting conform de stelling uit de literatuur**
VRAGEN OVER INSCHATTING VAN WENSELIJKE BENADERING VAN SUÏCIDALE PERSONEN EN HUN OMGEVING				
16. Leerlingen niet vrij en ongecontroleerd hun emoties laten uiten bij suïcide van een medeleerling	327	**83.8**	8.6	7.6
34. Suïcidale leerlingen erop wijzen dat ze hun problemen te zwart zien, is weinig	333	**69.4**	18.0	12.6

zinvol				
37. Oplossingen aanreiken niet primair in de hulp	326	**60.7**	20.9	18.4
45. Geen bijzondere herdenkingsdienst, uitvaart zoals bij natuurlijk overlijden	329	**65.7**	21.3	13.1
57. Tijd vrij maken om onder begeleiding leerlingen emoties te laten uiten na suïcide van een medeleerling	332	**57.5**	16.3	26.2

Tabel 4 toont de ***inschattingsvragen over noodsignalen van suïcidaal gedrag***, die door de meer dan 50% van de respondenten worden miskend. De meerderheid der respondenten vindt dat suïcidepogers te beschouwen zijn als louter aandacht zoekend (65.3% der respondenten). Ze denken dat agressief gedrag (51.2%), wegloopgedrag en spijbelen (52.9%), verminderd concentratievermogen (58.6%) en braaf en aangepast gedrag (61.4%) niet als mogelijke voortekenen van suïcide kunnen gelden. Deze houdingen worden niet onderschreven door de literatuur.

Tabel 4: Vragen over inschatting van noodsignalen van suïcidaal gedrag, waarbij meer dan 50% respondenten een antwoordrichting tegengesteld aan de literatuur kiest

	Aantal valide antwoor-den	**% respon-denten met antwoord-richting tegen-gesteld aan stelling uit literatuur**	**% respon-denten met onbeslist antwoord**	**% respon-denten met antwoord-richting conform de stelling uit de literatuur**
VRAGEN OVER INSCHATTING VAN ALARMSIGNALEN VAN SUÏCIDAAL GEDRAG				
13. Suïcidepoging niet beschouwen als louter 'aandacht zoeken'	334	**65.3**	21.3	13.5
20. Wegloopgedrag en spijbelen mogelijks voortekenen	333	**52.9**	30.9	16.2

18. Agressief gedrag mogelijks voorteken	334	**51.2**	34.1	14.7
36. Verminderde concentratie mogelijks voorteken	333	**58.6**	30.0	11.4
54. Braaf en aangepast gedrag mogelijks voorteken	332	**61.4**	31.0	7.5

Tabel 5 en 6 geven de vragen weer, die door meer dan 50% van de respondenten worden beantwoord met een antwoordrichting, conform de literatuur. Tabel 5 toont de ***inschattingsvragen over wenselijke benadering van suïcidale personen, die door meer dan 50% van de respondenten conform de literatuur worden ingeschat.*** De meerderheid der respondenten denkt, conform de literatuur, dat 'sterven' niet mag worden gezien als de ultieme wens van de suïcidale personen (64.1% der respondenten), dat de school na suïcide van een leerling contact dient te houden met de ouders (64.9%), dat het ook na een suïcide aan te bevelen is om de overledene te gaan groeten (89.5%) en dat men best geen absolute geheimhouding garandeert aan een leerling die suïcidale gedachten uit (76.9%). Ze vinden dat men uitingen van suïcidale ideatie altijd serieus moet nemen (92.2%), dat het wenselijk is om gedetailleerdheid van het suïcideplan na te gaan (66.8%), dat suïcidale gedachten best in detail bevraagd worden (55.7%) en dat na een suïcidegeval op een school best na enige tijd suïcide in serene sfeer wordt herbesproken (64.8%). Ze vinden dat de school de ouders van een suïcideslachtoffer helpt door uit te spreken wat de leerling voor de schoolgemeenschap betekende (61.3%), dat kinderen best ingelicht worden over de suïcidale toedracht van het overlijden van een familielid (58.2%) en dat leerlingen moeten worden begeleid bij uiting van hun emoties in geval van suïcide van een medeleerling (97.6%).

Tabel 5: Vragen over inschatting van wenselijke benadering van suïcidale personen, waarbij meer dan 50% respondenten zich conform de literatuur uiten

	Aantal valide antwoor-den	% respon-denten met antwoord-richting tegen-gesteld aan stelling uit literatuur	% respon-denten met onbeslist antwoord	% respon-denten met antwoord-richting conform de stelling uit de literatuur
VRAGEN OVER INSCHATTING VAN WENSELIJKE BENADERING VAN SUÏCIDALE PERSONEN EN HUN OMGEVING				
9. 'Sterven' is niet de ultieme wens	334	21.6	14.4	**64.1**
14. Na suïcide van hun kind, contact houden met ouders	333	8.4	26.7	**64.9**
19. Overledene groeten aan te raden, óók na suïcide	333	3.3	7.2	**89.5**
21. Geen absolute geheimhouding garanderen	334	11.7	11.4	**76.9**
28. Uiting van suïcidale gedachten altijd serieus nemen	333	3.3	4.5	**92.2**
29. Gedetailleerdheid van suïcideplan moet nagegaan	331	10.0	23.3	**66.8**
41. Suïcidale gedachten best in detail bevragen	334	9.6	34.7	**55.7**
43. In serene sfeer suïcide herbespreken	330	13.6	21.5	**64.8**
48. School moet contact houden met ouders van suïcideslachtoffer. Wat betekende overledene voor schoolgemeenschap?	331	12.1	26.6	**61.3**
51. Kinderen inlichten over suïcide bij familielid	330	17.0	24.8	**58.2**
56. Begeleiding nodig bij uiting van emoties medeleerlingen	333	1.5	0.9	**97.6**

Tabel 6 toont de ***vragen over noodsignalen van suïcidaal gedrag, die door meer dan 50% van de respondenten worden herkend***. De meerderheid der respondenten denkt, conform de literatuur, dat leerlingen wel degelijk genoeg weten om zelfmoord te kunnen plegen (52.7% der respondenten), dat leerlingen die over suïcidale gedachten praten wel degelijk 'at risk' kunnen zijn (54.8%) en dat zelfdoding niet absoluut erfelijk is (53.8%). Ze menen dat alcohol, drugs (80.4%) en gepest worden (63.1%) het suïciderisico verhogen en dat hopeloosheid (50.8%), zelfverminking (59.2%), gevoelens van waardeloosheid (60.8%) en nutteloosheid (51.8%) mogelijks voortekenen van suïcide zijn.

Tabel 6: Vragen over inschatting van noodsignalen van suïcidaal gedrag, waarbij meer dan 50% respondenten een antwoordrichting, conform de literatuur kiest

	Aantal valide antwoor-den	**% respon-denten met antwoord -richting tegen-gesteld aan stelling uit literatuur**	**% respon-denten met onbeslist antwoord**	**% respon-denten met antwoord -richting conform de stelling uit de literatuur**
VRAGEN OVER INSCHATTING VAN ALARMSIGNALEN VAN SUÏCIDAAL GEDRAG				
7. Leerlingen weten genoeg voor zelfmoord	332	25.6	21.7	**52.7**
11. Leerlingen, die over suïcidale gedachten praten, kunnen echt 'at risk' zijn	332	15.4	29.8	**54.8**
15. Zelfdoding is niet absoluut erfelijk	333	15.3	30.9	**53.8**
24. Alcohol en drugs verhogen risico op suïcide	332	3.6	16.0	**80.4**
30. Een gevoel van waardeloosheid mogelijks voorteken	334	12.9	26.3	**60.8**
46. Gevoel van nutteloosheid mogelijks voorteken	332	21.4	26.8	**51.8**
53. Hopeloosheid mogelijks voorteken	331	23.0	26.3	**50.8**
58. Gepest worden verhoogt suïciderisico	333	15.6	21.3	**63.1**
60. Zelfverminking mogelijks voorteken	331	18.1	22.7	**59.2**

In bijlage 5 werd ter illustratie de volledige tabel der antwoordtendensen opgenomen.
Er zijn 18 vragen, die de ***inschatting door leerkrachten van de wenselijke benadering van suïcidale leerlingen en hun omgeving*** in kaart brengen. Op 11 van deze 18 vragen (61%) kiezen meer dan 50% respondenten een antwoordrichting, die correspondeert met de stelling uit de literatuur. Op 5 van deze 18 vragen (28%) kiezen meer dan 50% van de respondenten een antwoordrichting, die de stelling uit de literatuur tegenspreekt.
Er zijn 33 vragen, die de ***inschatting door leerkrachten van alarmsignalen van suïcidaal gedrag*** in kaart brengen. Op 9 van deze 33 vragen (27%) kiezen meer dan 50% respondenten de antwoordrichting, die correspondeert met de stelling uit de literatuur. Op 5 van deze 32 vragen (16%) kiezen meer dan 50% van de respondenten een antwoordrichting, die de stelling uit de literatuur tegenspreekt.

4.5 Inschatting door leerkrachten van noodsignalen van suïcidaal gedrag en wenselijke benadering van suïcidale personen naargelang hun profielkenmerken

Hier worden de onderzoeksvragen geponeerd.

1. Zijn er tussen leerkrachten, naargelang ze ***al of niet ooit in hun persoonlijk en/of beroepsleven geconfronteerd werden met suïcidale ideatie, suïcidaal gedrag of suïcide***, statistisch significante verschillen in de percentages van respondenten, die voor de gestelde vragen over suïcidepreventie een antwoordrichting conform de stellingen uit de literatuur kiezen?

2. Zijn er tussen leerkrachten, naargelang ze ***minder dan 1 jaar, tussen 1 en 5 jaar of meer dan 5 jaar ervaring hebben***, statistisch significante verschillen in de percentages van respondenten, die voor de gestelde vragen over suïcidepreventie een antwoordrichting conform de stelling uit de literatuur kiezen?

3. Zijn er tussen leerkrachten, naargelang ze ***op school al of niet een begeleidende functie uitoefenen (groene leerkracht of leerlingenbegeleider)***, statistisch significante verschillen in de percentages van respondenten, die voor de gestelde vragen over suïcidepreventie een antwoordrichting conform de stelling uit de literatuur kiezen?

4. Zijn er tussen leerkrachten, naargelang ze een ***opleiding tot onderwijzer, regent of licentiaat hebben genoten***, statistisch significante verschillen in de percentages van respondenten, die voor de gestelde vragen over suïcidepreventie een antwoordrichting conform de stelling uit de literatuur kiezen?

5. Zijn er tussen leerkrachten, naargelang ze ***al of niet scholing of een bijscholing omtrent het thema suïcidepreventie hebben gekregen***, statistisch significante verschillen in de percentages van respondenten, die voor de gestelde vragen over suïcidepreventie een antwoordrichting conform de stelling uit de literatuur kiezen?

6. Zijn er tussen leerkrachten, naargelang ze ***werkzaam zijn in gewoon of het buitengewoon onderwijs***, statistisch significante verschillen in de percentages van respondenten, die voor de gestelde vragen over suïcidepreventie een antwoordrichting conform de stelling uit de literatuur kiezen?

7. Zijn er tussen leerkrachten, naargelang ze ***al of niet behoefte voelen aan bijscholing over het thema 'suïcidepreventie'***, statistisch significante verschillen in de percentages van respondenten, die voor de gestelde vragen over suïcidepreventie een antwoordrichting conform de stelling uit de literatuur kiezen?

De leerkrachten worden, de onderzoeksvragen indachtig, telkens ingedeeld op basis van bepaalde items uit hun profiel. Aan de hand van de Chi-kwadraat analyse zal worden nagegaan in hoeverre er verschillen in antwoordtendensen te constateren zijn tussen deze groepen. Deze profiel-items voor de 7 onderzoeksvragen zijn respectievelijk:

- het in de voorgeschiedenis in beroeps- of privéleven al of niet geconfronteerd zijn met suïcidale ideatie, suïcidaal gedrag of suïcide (hiervoor werd gekeken of de respondent op één of meer van de eerste 6 vragen uit de vragenlijst (bijlage 1) 'ja' heeft geantwoord);
- het aantal jaren ervaring in het onderwijs (cfr. antwoord op vraag 66 uit de vragenlijst);
- het al of niet uitoefenen van een begeleidende functie op school (begeleidende functie indien de leerkracht aangeeft leerlingenbegeleider of groene leerkracht te zijn, cfr. antwoord op vraag 70 uit vragenlijst);
- de opleiding (de antwoorden op vraag 69 werden achteraf gecodeerd. Antwoorden, interpreteerbaar als opleiding tot onderwijzer, opleiding tot regent en opleiding tot licentiaat werden gecodeerd);
- het onderwerp 'suïcidepreventie' al of niet ooit in scholing of bijscholing besproken hebben geweten ('ja'-antwoord op vraag 72 en/of 73 uit de vragenlijst);
- les geven in het gewoon of het buitengewoon onderwijs (cfr. antwoord op vraag 67 uit de vragenlijst);
- het al of niet zelf aangeven van behoefte aan bijscholing over het onderwerp 'suïcidepreventie' ('ja'- antwoord op vraag 75 uit de vragenlijst);

Enkel de dossiers met een valide antwoord worden voor analyse geïncludeerd. In tabel 7, 8, 9, 10, 11, 12 en 13 worden de p-waarden van de chi-kwadraat analyse weergegeven. De gegevens, die weerhouden worden uit de chi-kwadraat analyse en de bijbehorende kruistabellen (bijlage 6 en 7) zullen hier worden besproken.

Leerkrachten, die ***ooit met suïcidaal gedrag werden geconfronteerd***, vertonen bij 4 inschattingsvragen een significant verschillend antwoordgedrag vergeleken met hun collega's, die nooit met suïcidaal gedrag werden geconfronteerd. Van de reeds geconfronteerden vinden er meer dat sterven niet de ultieme wens van de suïcidale persoon is (69.1% van de geconfronteerden t.o.v. 50.5% van de niet-geconfronteerden), dat de gedetailleerdheid van het suïcideplan nauwkeurig moet bevraagd worden (70.6% t.o.v. 58.2%) en dat hopeloosheid (55.1% t.o.v. 41.4%) en het gevoel van waardeloosheid (63.5% t.o.v. 54.5%) mogelijks voortekenen van suïcide zijn. Ze vertonen hierin dus een antwoordgedrag conform de literatuur. Hun collega's, die nooit met suïcidaal gedrag werden geconfronteerd, denken vaker t.o.v. hun collega's dat sterven wel de ultieme wens van een suïcidale persoon is (30.3% t.o.v. 18.3%). Zij herkennen hopeloosheid (30.3% t.o.v. 19.8%) en het gevoel van waardeloosheid (20.2% t.o.v. 9.6%) vaker niet als noodsignaal.
Een statistisch significant verschil in antwoordgedrag bij 4 van de 51 inschattingsvragen is echter een te klein verschil om van een globaal verschil in antwoordgedrag te kunnen spreken.

Tabel 7: Inschattingsvragen waarvoor een statistisch significant verschil in antwoordgedrag werd vastgesteld bij leerkrachten, naargelang ze al of niet ooit met suïcidaal gedrag werden geconfronteerd

	Confrontatie met suïcidaal gedrag
9. 'Sterven' is niet de ultieme wens	P=0.005
29. Gedetailleerdheid van suïcideplan moet nagegaan worden	P=0.015
30. Een gevoel van waardeloosheid mogelijks voorteken	P=0.028
53. Hopeloosheid mogelijks voorteken	P=0.048

Leerkrachten vertonen, ***naargelang hun aantal jaren ervaring in het onderwijs***, bij 1 inschattingsvraag een significant verschillend antwoordgedrag. Leerkrachten met tussen 1 en 5 jaar ervaring denken meer dan zij met minder dan 1 of meer dan 5 jaar ervaring (37.7% t.o.v. 25% bij minder dan 1 jaar en 19.4% bij meer dan 5 jaar ervaring) dat fantaseren over de dood een mogelijk noodsignaal van suïcidaal gedrag is. Ze vertonen hierin dus een

antwoordgedrag conform de literatuur. Een statistisch significant verschil in antwoordgedrag bij 1 van de 51 inschattingsvragen is echter een te klein verschil om van een globaal verschil in antwoordgedrag te kunnen spreken.

Tabel 8: Inschattingsvragen waarvoor een statistisch significant verschil in antwoordgedrag werd vastgesteld bij leerkrachten, naargelang hun aantal jaren ervaring in het onderwijs

	Ervaring lesgeven
65. Fantaseren over dood mogelijks voorteken	P=0.047

Leerkrachten vertonen, ***naargelang ze al of niet een begeleidende functie op school uitoefenen (groene leerkracht of leerlingenbegeleider)***, bij 2 inschattingsvragen een significant verschillend antwoordgedrag. Leerkrachten met een begeleidende functie denken t.o.v. hun andere collega's meer (84.0% t.o.v. 52.9%) dat leerlingen, die over suïcidale gedachten praten mogelijks 'at risk' zijn voor suïcide. Ze vertonen hierin dus een antwoordgedrag conform de literatuur. Hun collega's, zonder begeleidende functie, denken verkeerdelijk vaker dan hun collega's leerlingenbegeleiders (16.0% t.o.v. 8.0%) dat leerlingen, die praten over suïcidale gedachten, geen suïcide zullen plegen. Leerlingenbegeleiders en groene leerkrachten vinden meer dan hun andere collega's (88.0% t.o.v. 63.4%), dat er bij een suïcide een bijzondere herdenkingsdienst moet worden gehouden. Hierin antwoorden ze niet conform de literatuur.
Een statistisch significant verschil in antwoordgedrag bij 2 van de 51 inschattingsvragen is echter een te klein verschil om van een globaal verschil in antwoordgedrag te kunnen spreken.

Tabel 9: Inschattingsvragen waarvoor een statistisch significant verschil in antwoordgedrag werd vastgesteld bij leerkrachten, naargelang ze al of niet een begeleidende functie uitoefenen op school

	Begeleidende functie op school
11. Leerlingen, die over suïcidale gedachten praten, kunnen echt 'at risk' zijn	P=0.010
45. Geen bijzondere herdenkingsdienst, uitvaart zoals bij natuurlijk overlijden	P=0.039

Leerkrachten vertonen, ***naargelang ze een opleiding tot onderwijzer, regent of licentiaat genoten***, bij 2 inschattingsvragen een significant verschillend antwoordgedrag. Leerkrachten met een opleiding tot onderwijzer of tot regent, denken meer dan de licentiaten (49.2% en 48.5% t.o.v. 29.8% bij licentiaten) dat het weggeven van bezittingen geen voorteken van suïcide kan zijn. Ze vertonen hierin dus een antwoordgedrag tegengesteld aan de literatuur. Licentiaten blijven wat deze vraag betreft vaker onbeslist (43.9%). Alle leerkrachten, ongeacht hun opleiding, vinden dat men best suïcidale leerlingen erop wijst dat ze hun problemen te zwart zien. Echter bij regenten zijn er 81.4% die dit antwoord, tegengesteld aan de aanbevelingen uit de literatuur kiezen. Bij onderwijzers en licentiaten maken respectievelijk 62.3% en 62.6% deze inschattingsfout.
Een statistisch significant verschil in antwoordgedrag bij 2 van de 51 inschattingsvragen is echter een te klein verschil om van een globaal verschil in antwoordgedrag te kunnen spreken.

Tabel 10: Inschattingsvragen waarvoor een statistisch significant verschil in antwoordgedrag werd vastgesteld bij leerkrachten, naargelang ze een opleiding tot onderwijzer, regent of licentiaat genoten

	Opleiding
22. Weggeven van bezittingen mogelijks voorteken	P=0.026
34. Suïcidale leerlingen erop wijzen dat ze hun probleem te zwart zien, is weinig zinvol	P=0.023

Leerkrachten vertonen, ***naargelang ze al of niet ooit scholing of bijscholing over suïcidepreventie genoten***, bij 2 inschattingsvragen een significant verschillend antwoordgedrag. Van de leerkrachten, die over het onderwerp geschoold werden, ziet 65.9% (t.o.v. 41.6% voor de niet-(bij)geschoolden over suïcidepreventie) een verbetering na de depressieve periode niet als het einde van de alarmfase voor suïcide. Ze vertonen hierin dus een antwoordgedrag conform de literatuur. Hun collega's, die niet over suïcidepreventie geschoold werden, schatten verkeerdelijk vaker in dat een verbetering van stemming het einde van de alarmfase inluidt (19.6% t.o.v. 15.9%). Weinig vertrouwen in de toekomst wordt door 65.1% van de leerkrachten, die (bij)scholing genoten, als mogelijks voorteken van suïcide beschouwd. Ze vertonen hierin een antwoordgedrag conform de literatuur. Van hun collega's zonder (bij)scholing schat slechts 47.5% dit correct in.
Een statistisch significant verschil in antwoordgedrag bij 2 van de 51 inschattingsvragen is echter een te klein verschil om van een globaal verschil in antwoordgedrag te kunnen spreken.

Tabel 11: Inschattingsvragen waarvoor een statistisch significant verschil in antwoordgedrag werd vastgesteld bij leerkrachten, naargelang ze al of niet scholing of bijscholing over suïcidepreventie genoten hebben

	Scholing of bijscholing
25. Verbetering na depressieve periode is geen einde alarm	P=0.008
47. Weinig vertrouwen in de toekomst mogelijks voorteken	P=0.037

Leerkrachten vertonen, ***naargelang ze werkzaam zijn in het gewoon of het buitengewoon onderwijs***, bij 1 inschattingsvraag een significant verschillend antwoordgedrag. Meer leerkrachten uit het buitengewoon onderwijs dan uit het gewoon onderwijs (73.8% t.o.v. 57.4%) denken verkeerdelijk dat braaf en aangepast gedrag geen mogelijks voorteken van suïcide kan zijn. Leerkrachten uit het gewoon onderwijs geven vaker (35.5% t.o.v. 17.9%) een onbeslist antwoord op deze inschattingsvraag.
Een statistisch significant verschil in antwoordgedrag bij 1 van de 51 inschattingsvragen is echter een te klein verschil om van een globaal verschil in antwoordgedrag te kunnen spreken.

Tabel 12: Inschattingsvragen waarvoor een statistisch significant verschil in antwoordgedrag werd vastgesteld bij leerkrachten, naargelang ze werkzaam zijn in het gewoon versus het buitengewoon onderwijs

	Gewoon vs. Buiten-gewoon onderwijs
54. Braaf en aangepast gedrag mogelijks voorteken	P=0.010

Leerkrachten vertonen, ***naargelang ze al of niet bijscholing over suïcidepreventie nodig achten***, bij 19 van de 51 inschattingsvragen een significant verschillend antwoordgedrag. We kunnen dus van een duidelijk verschillend antwoordgedrag spreken naargelang leerkrachten al of niet bijscholing over suïcidepreventie nodig achten.
De inschattingsvragen waarop statistisch verschillend wordt geantwoord door leerkrachten, naargelang ze al of niet bijscholing over suïcidepreventie wensen, worden weergegeven in tabel 13.

Tabel 13: Inschattingsvragen waarvoor een statistisch significant verschil in antwoordgedrag werd vastgesteld bij leerkrachten, naargelang ze bijscholing over suïcidepreventie al of niet nodig achten

	Bijscholing nodig geacht
11. Leerlingen, die over suïcidale gedachten praten, kunnen echt 'at risk' zijn	P=0.005
14. Na suïcide van hun kind, contact houden met ouders	P=0.005
20. Wegloopgedrag en spijbelen mogelijks voortekenen	P=0.003
25. Verbetering na depressieve periode is geen einde alarm	P=0.021
27. Slechtere schoolse prestaties mogelijks voorteken	P=0.043
30. Een gevoel van waardeloosheid mogelijks voorteken	P=0.023
31. Suïcidale leerling niet wijzen op verdriet omgeving	P=0.015
32. Vage lichamelijke klachten mogelijks voorteken	P=0.033
36. Verminderde concentratie mogelijks voorteken	P=0.008
38. Herhaalde afwezigheden mogelijks voorteken	P=0.003
42. Interesseverlies mogelijks voorteken	P=0.048
44. Zich sociaal terugtrekken mogelijks voorteken	P=0.001
46. Gevoel van nutteloosheid mogelijks voorteken	P=0.000
47. Weinig vertrouwen in de toekomst mogelijks voorteken	P=0.021
49. Neerslachtige houding mogelijks voorteken	P=0.021
53. Hopeloosheid mogelijks voorteken	P=0.001
59. Plotse gedragsverandering mogelijks voorteken	P=0.010
62. Wisselende stemmingen mogelijks voorteken	P=0.011
65. Fantaseren over dood mogelijks voorteken	P=0.013

Meer leerkrachten, die bijscholing wenselijk vinden ten opzichte van zij, die dat niet nodig achten, vinden dat na suïcide van een kind contact met de ouders moet worden onderhouden (72.3% van zij, die bijscholing nodig vinden t.o.v. 56.5% van zij, die geen bijscholing nodig vinden), dat stemmingsverbetering na een depressieve periode geen einde van de alarmfase voor suïcide is (48.6% t.o.v. 41.3%) en dat het niet opbrengt om suïcidale personen te wijzen op het verdriet dat ze hun omgeving zouden berokkenen door suïcide (28.4% t.o.v. 17.3%). Heel wat noodsignalen van suïcidaal gedrag worden door leerkrachten, die bijscholing nodig achten, beter herkend dan door hun collega's, die geen bijscholing wensen. Het gaat hier om de volgende noodsignalen: het praten over suïcidale gedachten (58.8% t.o.v. 49.7%), wegloopgedrag en spijbelen (20.3% t.o.v. 13.7%), verslechtering van de schoolse prestaties (26.5% t.o.v. 15.4%), het gevoel van

waardeloosheid (68.9% t.o.v. 54.3%) en nutteloosheid (66% t.o.v. 40.4%), vage lichamelijke klachten (14.9% t.o.v. 12.4%), verminderde concentratie (13.6% t.o.v. 11.1%), herhaalde afwezigheden (23% t.o.v. 11.1%), interesseverlies (26.5% t.o.v. 21.3%), het zich sociaal terugtrekken (50.3% t.o.v. 31.7%), het gebrek aan vertrouwen in de toekomst (54.1% t.o.v. 43.8%), een neerslachtige houding (52.4% t.o.v. 36.6%), hopeloosheid (59.6% t.o.v. 45.3%), plotse gedragsveranderingen (39.5% t.o.v. 31.5%), wisselende stemmingen (29.3% t.o.v. 21.1%) en het fantaseren over de dood (28.8% t.o.v. 18.4%). Bijna alle inschattingsvragen, waarop leerkrachten, die bijscholing wensen, meer conform de literatuur antwoorden, worden door leerkrachten, die geen bijscholing wensen, meer tegengesteld de literatuur beantwoord (zie tabel 15). Enkel de vraag over de verbetering van stemming als al of niet het einde van de alarmfase, vormt hierop de enige uitzondering. Leerkrachten die bijscholing wensen, gaan dit vaker ten onrechte inschatten als het einde van de alarmfase dan hun collega's, die geen bijscholing wensen (23.0% t.o.v. 15.6%). De percentages van antwoordgedrag conform versus tegengesteld aan de literatuur, naargelang leerkrachten al of niet bijscholing over suïcidepreventie nodig achten, worden weergegeven in tabel 14 en 15.

Tabel 14: Percentages van respondenten, die conform de literatuur antwoorden en al of niet bijscholing wensen

	% respondenten, die bijscholing nodig achten en conform de literatuur antwoorden	**% respondenten, die bijscholing niet nodig achten en conform de literatuur antwoorden**
11. Leerlingen, die over suïcidale gedachten praten, kunnen echt 'at risk' zijn	58.8	49.7
14. Na suïcide van een kind, contact houden met ouders	72.3	56.5
20. Wegloopgedrag en spijbelen mogelijks voorteken	20.3	13.7
25. Verbetering na depressieve periode is geen einde alarm	48.6	41.3
27. Verslechtering van schoolse prestaties mogelijks voorteken	26.5	15.4
30. Een gevoel van waardeloosheid mogelijks voorteken	68.9	54.3
31. Suïcidale leerlingen niet wijzen op verdriet van omgeving	28.4	17.3
32. Vage lichamelijke klachten mogelijks voorteken	14.9	12.4

36. Verminderde concentratie mogelijks voorteken	13.6	11.1
38. Herhaalde afwezigheden mogelijks voorteken	23.0	11.1
42. Interesseverlies mogelijks voorteken	26.5	21.3
44. Zich sociaal terugtrekken mogelijks voorteken	50.3	31.7
46. Gevoel van nutteloosheid mogelijks voorteken	66.0	40.4
47. Weinig vertrouwen in de toekomst mogelijks voorteken	54.1	43.8
49. Neerslachtige houding mogelijks voorteken	52.4	36.6
53. Hopeloosheid mogelijks voorteken	59.6	45.3
59. Plotse gedragsveranderingen mogelijks voorteken	39.5	31.5
62. Wisselende stemmingen mogelijks voorteken	29.3	21.1
65. Fantaseren over de dood mogelijks voorteken	28.8	18.1

Tabel 15: Percentages van respondenten, die tegengesteld aan de stelling uit de literatuur antwoorden en al of niet bijscholing wensen

	% respondenten, die bijscholing nodig achten en tegengesteld aan de stelling uit de literatuur antwoorden	**% respondenten, die geen bijscholing nodig achten en tegengesteld aan de stelling uit de literatuur antwoorden**
11. Leerlingen, die over suïcidale gedachten praten, kunnen echt 'at risk' zijn	8.8	22.4
14. Na suïcide van een kind, contact houden met ouders	4.7	13.0
20. Wegloopgedrag en spijbelen mogelijks voorteken	43.2	62.7
25. Verbetering na depressieve periode is geen einde alarm	**23**	**15.6**
27. Verslechtering van schoolse prestaties mogelijks voorteken	42.9	53.1
30. Een gevoel van waardeloosheid mogelijks voorteken	8.8	16.0
31. Suïcidale leerlingen niet wijzen op verdriet van omgeving	39.2	54.3
32. Vage lichamelijke klachten mogelijks voorteken	34.5	49.1
36. Verminderde concentratie mogelijks voorteken	49.0	66.0
38. Herhaalde afwezigheden mogelijks voorteken	38.5	54.9
42. Interesseverlies mogelijks voorteken	36.1	50.0

44. Zich sociaal terugtrekken mogelijks voorteken	19.7	35.4
46. Gevoel van nutteloosheid mogelijks voorteken	13.6	29.8
47. Weinig vertrouwen in de toekomst mogelijks voorteken	17.1	30.6
49. Neerslachtige houding mogelijks voorteken	22.4	29.8
53. Hopeloosheid mogelijks voorteken	13.7	31.7
59. Plotse gedragsveranderingen mogelijks voorteken	15.6	30.2
62. Wisselende stemmingen mogelijks voorteken	22.4	37.9
65. Fantaseren over de dood mogelijks voorteken	37.7	53.8

4.6 Factoranalyse

In het SPSS-programma wordt een factoranalyse uitgevoerd. De tabellen hiervan zijn bijgevoegd in bijlage 8. Er wordt met een Varimax gewerkt, om de eventueel bekomen componenten maximaal te laten discrimineren. De totale variantie is verklaard met de 51 vragen. De initiële eigenwaarde wordt pas 1 vanaf 15 componenten. Er is dan slechts 61.46% van de variantie verklaard. Een reductie van factoren lijkt ons niet aangewezen.

Hoofdstuk 5: DISCUSSIE

5.1 Verantwoording van de hercodering van de antwoorden

Zoals in paragraaf 4.1 is vermeld, werden de antwoorden van een 1-2-3-4-5 code naar een 1-2-3 code gehercodeerd. De reden van deze hercodering ligt in de noodzaak aan voldoende nuancering. Reeds in de vraagstelling werd gestreefd naar deze nuancering. *De vragen over inschatting van noodsignalen van suïcidaal gedrag*, peilen per vraag telkens naar inschatting van één mogelijk noodsignaal. We realiseren ons dat in realiteit een clustering van noodsignalen veel onrustbarender is dan één signaal apart. Bovendien kunnen de signalen apart ook voorkomen bij niet-suïcidale leerlingen. Dit geldt in extenso voor leerlingen in de puberteitsfase. Vandaar dat in de vragen over noodsignalen een tweevoudige nuancering werd geformuleerd. Als voorbeeld wordt hier vraag 46 aangehaald: 'Ik denk dat een gevoel van nutteloosheid ***één van de*** voortekenen van zelfdoding ***kan*** zijn.' We zijn immers geïnteresseerd in het feit of leerkrachten het beschreven signaal als *één van de mogelijke* noodsignalen van suïcidaal gedrag beschouwen.
Ook de *vragen over inschatting van wenselijke benadering van suïcidale leerlingen* dienen met voldoende nuance te worden begrepen. We realiseren ons dat elke aparte casus zijn situationele stempel drukt op de prangendheid van de benadering. We zijn echter

geïnteresseerd of de leerkrachten de beschreven manier van benadering als 'eerder wenselijk' of 'eerder niet wenselijk' inschatten.
Door de hercodering van de antwoorden, wordt geen onderscheid meer gemaakt tussen 'helemaal niet akkoord' en 'eerder niet akkoord'. Ook de antwoordpercentages voor 'volledig akkoord' en 'eerder akkoord dan niet akkoord' worden samengeteld. Er wordt dus louter gepeild of de respondent al of niet een antwoordrichting conform de literatuur kiest. De 'onbeslist'-antwoorden blijven apart in de verwerking.

5.2 Hoe schatten leerkrachten noodsignalen van suïcidaal gedrag en wenselijke benadering van suïcidale leerlingen in ?

In de totale groep van de respondenten heeft een laag percentage volgende gedragingen als één van de mogelijke noodsignalen van suïcidaal gedrag herkend: agressief gedrag (14.7%), wegloopgedrag en spijbelen (16.2%), verminderd concentratievermogen (11.4%) en braaf en aangepast gedrag (7.5%). Een hoog percentage aan respondenten schat in dat het zinvol is om suïcidale leerlingen te wijzen op het feit dat ze alles te zwart zien (69.4%), dat oplossingen voor hun problemen aanreiken primair is in de hulpverlening aan suïcidale personen (60.7%), dat voor opvang van de leerlingen na suïcide van een medeleerling geen schooltijd dient te worden vrijgemaakt (57.5%) en dat suïcidepogers te beschouwen zijn als louter aandacht zoekend (65.3%). Deze houdingen komen niet overeen met de aanbevelingen uit de literatuur.

Voor de interpretatie van de antwoordtendensen dringt zich voor 2 vragen een **kritische beschouwing van de vraagstelling** op. 97.6% der respondenten schatten conform de literatuur in, dat leerlingen na zelfdoding van een medeleerling moeten worden begeleid bij het uiten van hun emoties. De variatie op deze vraag luidt: 'Ik vind het wenselijk dat leerlingen, na de zelfdoding van een medeleerling, tijd krijgen om binnen hun peer-group vrij en ongecontroleerd hun emoties te uiten.' Ze peilt of men weet dat het minder wenselijk is om jongeren binnen hun peer-groep zonder begeleiding hun emoties te laten uiten. Deze wordt veel minder (slechts 7.6%) conform de literatuur beantwoord. Mogelijks was deze laatste vraagstelling verwarrend. Uit vergelijking van de antwoordtendensen van de beide vragen, kan worden vermoed dat de aandacht van de respondenten bij deze laatste vraag voornamelijk getrokken werd door het 'laten uiten van emoties' en niet zozeer het 'vrij en ongecontroleerde' aspect hiervan.
Verder werd gepeild of men zich realiseert dat een bijzondere herdenking een te geromantiseerd beeld van een suïcidaal overlijden geeft en dus een gevaarlijk voorbeeld

stelt voor de andere leerlingen. De literatuur onderstreept het belang van een gewone uitvaartplechtigheid, zoals dat zou gebeuren in geval van natuurlijk overlijden. 65.7% der respondenten verklaren zich 'niet akkoord' met de antwoordrichting conform de stelling uit de literatuur. Vermoedelijk heeft men bij het antwoorden willen aangeven dat men een uitvaartplechtigheid belangrijk vindt. Vermoedelijk is uit de vraagstelling onvoldoende duidelijk naar voor gekomen, wat deze vraag precies trachtte te peilen.

De meerderheid der respondenten (procentueel aangegeven tussen haakjes) maakt een inschatting conform de literatuur voor de houding dat 'sterven' niet mag worden gezien als de ultieme wens van de suïcidale personen (64.1%), dat de school na suïcide van een leerling contact dient te houden met de ouders (64.9%), dat het ook na een suïcide aan te bevelen is om de overledene te gaan groeten (89.5%)en dat men best geen absolute geheimhouding garandeert aan een leerling die suïcidale gedachten uit (76.9%). Ze schatten correct in dat men uitingen van suïcidale ideatie altijd serieus moet nemen (92.2%), dat het wenselijk is om gedetailleerdheid van het suïcideplan na te gaan (66.8%), dat suïcidale gedachten best in detail bevraagd worden (55.7%) en dat na een suïcidegeval op een school na enige tijd suïcide in serene sfeer dient herbesproken te worden (64.8%). De meerderheid meent, conform de literatuur, dat de school de ouders van een suïcideslachtoffer helpt door uit te spreken wat de leerling voor de schoolgemeenschap betekende (61.3%), dat kinderen best ingelicht worden over de suïcidale toedracht van het overlijden van een familielid (58.2%), dat leerlingen moeten worden begeleid bij uiting van hun emoties in geval van suïcide van een medeleerling (97.6%) en dat leerlingen wel degelijk genoeg weten om zelfmoord te kunnen plegen (52.7%). Ze schatten correct in dat leerlingen die over suïcidale gedachten praten wel degelijk 'at risk' kunnen zijn (54.8%), dat zelfdoding niet absoluut erfelijk is (53.8%) en dat alcohol, drugs (80.4%) en gepest worden het suïciderisico verhogen (63.1%). Ze herkennen hopeloosheid (50.8%), zelfverminking (59.2%), gevoelens van waardeloosheid (60.8%) en nutteloosheid (51.8%) als mogelijke voortekenen van suïcide.

5.3 Inschatting van noodsignalen van suïcidaal gedrag en wenselijke benadering van suïcidale leerlingen in verhouding tot de profielen der respondenten

Confrontatie met suïcidaal gedrag, aantal jaren ervaring in het onderwijs, al of niet vervullen van een begeleidende functie op school, opleiding, scholing of bijscholing over suïcidepreventie en werkzaamheid in gewoon versus buitengewoon onderwijs spelen geen statistisch significante rol in de inschatting van noodsignalen van suïcidaal gedrag en de inschatting van wenselijke benadering van suïcidale personen. Voor deze profielkenmerken

konden voor slechts 1 tot hooguit 4 van de 51 inschattingsvragen een statistisch significant verschil in antwoordgedrag vastgesteld worden.

Het al of niet nodig achten van bijscholing over suïcidepreventie speelt wel een rol in de inschatting van noodsignalen van suïcidaal gedrag en de inschatting van wenselijke benadering van suïcidale personen. Dit profielkenmerk levert een statistisch significant verschillend antwoordgedrag bij 19 van de 51 inschattingsvragen. Er kan gesproken worden over een globaal verschillend antwoordgedrag naargelang de leerkrachten al of niet bijscholing nodig achten. Leerkrachten die bijscholing over suïcidepreventie nodig achten, realiseren zich beter dat leerlingen, die over suïcidale gedachten praten, echt 'at risk' kunnen zijn (58.8% t.o.v. 49.7% van de collega's, die geen bijscholing wensen), dat het wenselijk is om na suïcide van een kind contact te houden met de ouders (72.3% t.o.v. 56.5%) en dat verbetering van stemming na een depressieve periode geen einde van de alarmfase betekent (48.6% t.o.v. 41.3%). Ze kunnen beter dan hun andere collega's inschatten dat het geen zin heeft om suïcidale leerlingen te wijzen op het feit dat ze hun omgeving verdriet zouden doen door suïcide te plegen (28.4% t.o.v. 17.3%). Ze herkennen beter de volgende noodsignalen als mogelijke voortekenen van suïcide: wegloopgedrag en spijbelen (20.3% t.o.v. 13.7%), verslechtering van schoolse prestaties (26.5% t.o.v. 15.4%), gevoelens van waardeloosheid (68.9% t.o.v. 54.3%) en nutteloosheid (66.0% t.o.v. 40.4%), vage lichamelijke klachten (14.9% t.o.v. 12.4%), verminderde concentratie (13.6% t.o.v. 11.1%), herhaalde afwezigheden (23.0% t.o.v. 11.1%), interesseverlies (26.5% t.o.v. 21.3%), het zich sociaal terugtrekken (50.3% t.o.v. 31.7%), het gebrek aan vertrouwen in de toekomst (54.1% t.o.v. 43.8%), een neerslachtige houding (52.4% t.o.v. 36.6%), hopeloosheid (59.6% t.o.v. 45.3%), plotse gedragsveranderingen (39.5% t.o.v. 31.5%), wisselende stemmingen (29.3% t.o.v. 21.1%) en fantaseren over de dood (28.8% t.o.v. 18.1%).

Hoofdstuk 6: CONCLUSIE

Dit onderzoek tracht in kaart te brengen hoe leerkrachten de ***noodsignalen van suïcidaal gedrag*** inschatten. Agressief gedrag, wegloopgedrag en spijbelen, verminderd concentratievermogen en braaf en aangepast gedrag worden door meer dan 50% van de respondenten ten onrechte niet ingeschat als zijnde één van de mogelijke noodsignalen van suïcidaal gedrag. Verkeerdelijk beschouwt de meerderheid der respondenten suïcidepogers als louter aandachtzoekend.
Leerkrachten schatten overwegend wel correct in dat leerlingen wel degelijk genoeg weten om zelfmoord te kunnen plegen, dat leerlingen die over suïcidale gedachten praten wel 'at

risk' kunnen zijn. Ze weten dat zelfdoding niet absoluut erfelijk is, dat alcohol, drugs en gepest worden het risico verhogen en dat hopeloosheid, zelfverminking, gevoelens van waardeloosheid en nutteloosheid mogelijks een voorteken van suïcide zijn.

Er wordt ook gepeild naar de manier waarop leerkrachten ***de wenselijke benadering van suïcidale leerlingen en hun omgeving*** inschatten. De noodkreet van suïcidale personen wordt vaak weggewimpeld door te stellen dat ze alles te zwart zien en als er hulp wordt geboden, gebeurt dit onder de vorm van praktische oplossingen voor het aangekaarte probleem. Men denkt dat er voor opvang van de leerlingen na suïcide van een medeleerling geen schooltijd dient te worden vrijgemaakt en dat ze best vrij en ongecontroleerd hun emoties moeten kunnen uiten. Deze benaderingswijzen worden in de literatuur niet als zijnde wenselijk beschreven.
De meerderheid der leerkrachten schat wel correct in dat 'sterven' niet mag worden gezien als de ultieme wens van de suïcidale personen, dat de school na suïcide van een leerling contact dient te houden met de ouders, dat het ook na een suïcide aan te bevelen is om de overledene te gaan groeten en dat men best geen absolute geheimhouding garandeert aan een leerling die suïcidale gedachten uit. Ze vinden terecht dat men uitingen van suïcidale ideatie altijd serieus moet nemen, dat het wenselijk is om gedetailleerdheid van het suïcideplan na te gaan, dat suïcidale gedachten best in detail bevraagd worden en dat na een suïcidegeval op een school na enige tijd suïcide in serene sfeer dient herbesproken te worden. Ze schatten correct in dat de school de ouders van een suïcideslachtoffer helpt door uit te spreken wat de leerling voor de schoolgemeenschap betekende, dat kinderen best ingelicht worden over de suïcidale toedracht van het overlijden van een familielid en dat leerlingen moeten worden begeleid bij uiting van hun emoties in geval van suïcide van een medeleerling.

Het onderzoek peilt ***in hoeverre verschillende ervaringsvormen het antwoordgedrag van de respondenten beïnvloeden***. De onderzochte ervaringsvormen zijn: het in de voorgeschiedenis in beroeps- of privéleven al of niet geconfronteerd zijn geweest met suïcidale ideatie of suïcidaal gedrag of suïcide, het aantal jaren ervaring in het onderwijs, het al of niet uitoefenen van een begeleidende functie op school, de genoten opleiding, over het onderwerp 'suïcidepreventie' al of niet ooit scholing of bijscholing gehad hebben, les geven in het gewoon of het buitengewoon onderwijs. Er kon geen statistisch significant verband worden aangetoond tussen het antwoordgedrag en deze ervaringsvormen. We moeten ons realiseren dat de bijscholingen, waarvan sprake in de vragenlijst, voor de meeste respondenten niet van recente datum waren.

Het al of niet ***zelf aangeven van behoefte aan bijscholing over het onderwerp 'suïcidepreventie' gaf echter wel een statistisch significant verschil in antwoordgedrag***. Dit is het enige profiel-item dat niet samenhangt met ervaring of scholing maar met interesse of motivatie. Leerkrachten, die bijscholing over suïcidepreventie nodig achten, schatten de wenselijke benadering van suïcidale personen significant beter in. Ze realiseren zich dat na suïcide van een kind contact met de ouders moet worden onderhouden, dat stemmingsverbetering na een depressieve periode geen einde van de alarmfase voor suïcide is en dat het niet opbrengt om suïcidale personen te wijzen op het verdriet dat ze hun omgeving zouden berokkenen door suïcide. Heel wat noodsignalen van suïcidaal gedrag worden door leerkrachten, die bijscholing nodig achten, beter herkend dan door hun collega's, die geen bijscholing wensen. Het gaat hier om de volgende noodsignalen: het praten over suïcidale gedachten, wegloopgedrag en spijbelen, verslechtering van de schoolse prestaties, het gevoel van waardeloosheid en nutteloosheid, vage lichamelijke klachten, verminderde concentratie, herhaalde afwezigheden, interesseverlies, het zich sociaal terugtrekken, het gebrek aan vertrouwen in de toekomst, een neerslachtige houding, hopeloosheid, plotse gedragsveranderingen, wisselende stemmingen en het fantaseren over de dood.

Voor de interpretatie van deze bevindingen, moeten we ons realiseren dat er ***beperkingen aan dit onderzoek*** zijn. Een eerste beperking bestaat erin, dat de vragenlijst, waarmee de resultaten werden bekomen, voor dit onderzoek werd ontwikkeld. Het zou wenselijk zijn om de psychometrische waarde van deze lijst te evalueren aan de hand van volgende studies. Mogelijks moeten op basis daarvan vragen uit de lijst worden aangepast. Een tweede beperking is het gebrek aan demografische gegevens over de bevraagde leerkrachten. De populatie is dus niet echt ad random geselecteerd. Hierdoor zijn de resultaten mogelijks niet veralgemeenbaar voor de gehele populatie van leerkrachten in het lager en secundair onderwijs. We moeten in rekening brengen dat het gaat om een populatie van 590 bevraagde leerkrachten, waarvan 334 zich tot respondent leenden. Er heeft zich dus vóór de beantwoording van de vragen reeds een spontane selectie voorgedaan. Mogelijks is het zo dat leerkrachten met de meeste interesse voor dit probleem zichzelf hebben geselecteerd tot respondent. Dit geeft een vertekening van de resultaten. Bovendien kan deze eerder bescheiden onderzoekspopulatie bezwaarlijk leiden tot besluiten over algemene tendensen binnen het onderwijslandschap.

Toch opent de eerder onverwachte wending in het onderzoek een nieuw perspectief. Misschien is het zo dat inschatting van wenselijke benadering van suïcidale personen en inschatting van alarmsignalen eerder afhangt van motivatie tot goede opvang van deze

leerlingen, dan van scholing en ervaring. In dat geval zal men zich niet zozeer de vraag moeten stellen hoe de scholing moet worden bijgeschaafd, maar hoe men motivatie voor de aanpak van het probleem ‘suïcidaal gedrag bij leerlingen’ aanwakkert. Dit kan een interessant onderwerp zijn voor verder onderzoek.

REFERENTIES

1. Wolters WHG, Diekstra RFW, Kienhorst CWM, Broese van Groenou MI, Otte E, Orbach I et al. Suïcidaal gedrag bij kinderen en adolescenten. Baarn: Ambo; 1987.

2 Diekstra RFW, van Dijk WK, Wolters WHG, Depuis H, Kruijt CS, de Graaf AC et al. De zelfgekozen dood: de problematiek en de hulpverlening. Baarn: Ambo; 1983.

3 Diekstra RFW. Over suïcide: zelfdestructie, zelfbehoud en hulpverlening. Alphen aan de Rijn: Samson; 1981.

4 Keirse M. Helpen bij verlies en verdriet: een gids voor het gezin en de hulpverlener. Tielt: Lannoo; 1998.

5 Keirse M. Kinderen helpen bij verlies en verdriet: een boek voor al wie van kinderen houdt. Tielt: Lannoo; 2002.

6 Portzky G, van Heeringen K. Het stillen van de pijn. Over preventie van suïcide. Diegem: Kluwer; 2002.

7 Andriessen K. Jong, zo jong. Suïcidaal gedrag bij kinderen. In: Portael V, Andries C, Ponjaert-Kristoffersen I, redactie. De kinderschoenen ontgroeid ? Hedendaagse ontwikkelingen in de zorg van probleemkinderen. Leuven:Gaart; 2001.

8 Andriessen K. Omgaan met suïcidaal gedrag van leerlingen. In: Baert H, redactie. Handboek leerlingenbegeleiding. Diegem: Kluwer; 1998.

9 Portzky G. Persoonlijke mededeling. 25 februari 2005.

10 van Heeringen K. Recente inzichten in de pathogenese van suïcidaal gedrag. Tijdschr Geneeskd 1999;55:114-116.

11 Runeson BS, Beskow J, Waern M. The suicidal process in suicides omong young people. Acta Psychiatr Scand 1996;93:35-42.

12 Cohen E, Motto JA, Seiden RH. An instrument for evaluating suicide potential: a preliminary study. Am J Psychiatry 1966;122:886-891.

13 Diekstra RFW, de Graaf AC, van Egmond M. Over epidemiologie van suïcidepogingen. Tijdschr Soc Geneeskd 1982;60:398-404.

14 Toros F, Bilgin NG, Sasmaz T, Bugdayci R, Camdeviren H. Suicide attempts and risk factors among children and adolescents. Yonsei Med J 2004;45(3):367-374.

15 Moskos MA, Achilles J, Gray D. Adolescent suicide myths in the United States. Crisis 2004;25(4):176-182.

16 Bertolote JM, Fleischmann A. Suicidal behavior prevention: WHO perspectives on research. Am J Med Genet C Semin Med Genet 2005;133(1):8-12.

17 Cheng ATA, Chen THH, Chen C, Jenkins R. Psychosocial and psychiatric risk factors for suicide. Br J Psychiatry 2000;177:360-365.

18 de Wilde EJ, Kienhorst ICWM, Diekstra RFW, Wolters WHG. The relationship between adolescent suicidal behavior and life events in childhood and adolescents. Am J Psychiatry 1992;149:45-51.

19 Rutter PA, Behrendt AE. Adolescent suicide risk: four psychosocial factors. Adolescence 2004;39(154):295-302.

20 Rosenthal PA, Rosenthal S. Suicidal behavior by preschool children. Am J Psychiatry 1984;141:520-525.

21 Kienhorst CWM, de Wilde EJ, Diekstra RFW, Wolters WHG. Difference between adolescent suicide attempters and depressed adolescents. Acta Psychiatr Scand 1992;85:222-228.

22 Wagner BM, Cole RE, Schwartsman P. Psycholsocial correlates of suicide attempts among junior and senior high school youth. Suicide Life Threat Behav 1995;25(3):358-372.

23 Bukstein OG, Brent DA, Perper JA, Moritz G, Baugheer M, Schweers J, Roth C, Balach L. Risk factors for completed suicide among adolescents with a lifetime history of substance abuse: a case-control study. Acta Psychiatr Scand 1993;88:403-408.

24 Henriksson MM, Aro HM, Marttunen MJ, Heikkinen ME, Isometsä ET, Kuoppasalmi KI, et al. Mental disorders and comorbidity in suicide. Am J Psychiatry 1993;150:935-940.

25 van Heeringen K, Jannes C. Praktische aspecten van hulpverlening en preventie bij suïcidepogers. Tijdschr Geneeskd 1991;47(17):1143-1152.

26 Alec R. Family history of suicidal behavior and earlier onset of suicidal behavior. Psychiatry Res 2004;129:217-219.

27 Wasserman D, Geijer T, Rozanov V, Wasserman J. Suicide attempt and basic mechanism in neural conduction: Relationship to SCN8A and VAMP4 genes. Am J Med Genet B Neuropsychiatr Genet 2005;133(1):116-119.

28 Brent DA, Oquendo M, Birmaher B, Greenhill L, Kolko D, Stanley B, Zelazny J, et al. Familial transmission of mood disorders: convergence and divergence with transmission of suicidal behavior. J Am Acad Child Adolesc Psychiatry 2004 Oct;43(10):1259-1266.

29 Lewis SA, Johnson J, Cohen P, Garcia M, Valez CN. Attempted suicide in youth: its relationship to school achievement, educational goals and socioeconomic status. J Abnorm Psychol 1988;16(4):459-471.

30 Andriessen K. Implementatie Van een lokaal project zelfmoordpreventie bij jongeren en wat met zelfmoord?''. Tijdschr Geneeskd 1999;55(2);105-113.

BIJLAGEN

Bijlage 1: Vragenlijst voor leerkrachten

Omgaan met suïcidale gedachten bij leerlingen

Vragenlijst voor leerkrachten.

Deze vragenlijst is bedoeld om de attitudes van leerkrachten omtrent omgaan met suïcidale gedachten bij leerlingen na te gaan.
Jouw medewerking is onontbeerlijk voor het in kaart brengen van de huidige stand van zaken. Op die manier willen wij op zoek gaan naar degelijke methoden van coaching van leerkrachten voor deze delicate problematiek.
Indien je wenst commentaar te geven bij de vragen of antwoorden, kan je terecht op de laatste bladzijde. Deze reacties kunnen zeer nuttig zijn voor de verwerking van dit onderzoek.
Wij danken je voor je medewerking.

Vooreerst trachten we in kaart te brengen, in hoeverre je zelf ooit met het probleem in aanraking bent gekomen.

1. Heeft , gedurende je loopbaan en in je school, ooit een leerling of collega zichzelf van het leven benomen?
   (omcirkel wat van toepassing is)

   1 Ja

   2 Neen

   Indien ja, was het voor de leerlingen bekend dat het overlijden een zelfdoding betrof?……..
   Indien meerdere suïcides: hoeveel?…….

2. Heeft, gedurende je loopbaan en in je school, ooit een leerling of collega een suïcidepoging gedaan?

   1 Ja

   2 Neen

   Indien ja, werd dit voor de (mede)leerlingen verzwegen?

   1 Ja

   2 Neen

3. Heeft ooit een leerling suïcidale gedachten bij jou geuit?

   1 Ja

   2 Neen

4. Heb je in jouw familie en vriendengroep ooit iemand verloren door zelfdoding?

   1 Ja

   2 Neen

5. Werd je in jouw familie en vriendengroep ooit geconfronteerd met een suïcidepoging?

   1 Ja

   2 Neen

6. Werd je in jouw familie en vriendengroep ooit geconfronteerd met een persoon met suïcidale gedachten?

   1 Ja

   2 Neen

Nu zouden we enkele vragen willen stellen om uit te maken hoe jouw attitudes zijn ten opzichte van preventie van zelfdoding. Het gaat hier dus niet om wat juist of fout is, maar om wat jij persoonlijk denkt of voelt.

Je vindt na elke uitspraak cijfers van 1 tot 5. Wanneer je volledig akkoord gaat, dan omcirkel je 5. Wanneer je absoluut niet akkoord gaat, dan omcirkel je 1. Je kan ook één van de drie andere cijfers omcirkelen, indien je mening ergens tussen 'volledig akkoord ' en absoluut niet akkoord' ligt.

Voorbeeld:

1 2 3 4 5 : *als je volledig akkoord gaat met de uitspraak, omcirkel je 5.*

1 2 3 4 5 : *eerder akkoord dan niet akkoord, je omcirkelt 4.*

1 2 3 4 5 : *onbeslist, je omcirkelt 3.*

1 2 3 4 5 : *eerder niet akkoord dan akkoord, je omcirkelt 2.*

1 2 3 4 5 : *helemaal niet akkoord, je omcirkelt 1.*

In elke rij moet dus één cijfer omcirkeld worden.

	Helemaal NIET akkoord				*VOLLEDIG akkoord*
7. Ik denk dat leerlingen van de basisschool niet genoeg weten om zichzelf te kunnen doden.	1	2	3	4	5
8. Ik denk dat leerlingen die een poging tot zelf-doding ondernemen, psychisch ziek zijn.	1	2	3	4	5
9. Ik denk dat leerlingen met suïcidale gedachten maar één ding willen: sterven.	1	2	3	4	5
10. Ik vind dat, als een kind een poging tot zelfdoding onderneemt, de ouders hiervoor verantwoordelijk zijn.	1	2	3	4	5
11. Ik denk dat leerlingen die over suïcidale gedachten praten, het niet zullen doen.	1	2	3	4	5
12. Ik denk dat, om een leerling met suïcidale gedachten te helpen, je hem best kan helpen richten op de mooie dingen, die het leven te bieden heeft.	1	2	3	4	5
13. Ik denk dat leerlingen die een suïcidepoging ondernemen, alleen aandacht zoeken.	1	2	3	4	5
14. Ik vind het vanwege de school wenselijk om na de suïcide van een kind, de ouders van het kind met rust te laten.	1	2	3	4	5
15. Ik denk dat zelfdoding erfelijk is.	1	2	3	4	5
16. Ik vind het wenselijk dat leerlingen, na de zelfdoding van een medeleerling, tijd krijgen om binnen hun peer-group vrij en ongecontroleerd hun emoties te uiten.	1	2	3	4	5
17. Ik denk dat angst en spanning signalen zijn, die tot de voortekenen van zelfdoding kunnen behoren.	1	2	3	4	5
18. Ik denk dat agressief gedrag één van de voortekenen van zelfdoding kan zijn.	1	2	3	4	5
19. Ik vind dat men na een zelfdoding best de overledene niet meer gaat groeten.	1	2	3	4	5

	Helemaal NIET akkoord				*VOLLEDIG akkoord*
20. Ik denk dat wegloopgedrag en spijbelen signalen zijn, die zouden kunnen wijzen op gevaar voor zelfdoding.	1	2	3	4	5
21. Ik vind het wenselijk om, als een leerling me in vertrouwen zijn suïcideplannen meedeelt, hier met niemand over te spreken.	1	2	3	4	5
22. Ik denk dat het weggeven van waardevolle bezittingen één van de voortekenen van zelfdoding kan zijn.	1	2	3	4	5
23. Ik denk dat een suïcidepoging in de voorgeschiedenis van één van de verwanten, het risico op zelfdoding bij een leerling verhoogt.	1	2	3	4	5
24. Ik denk dat alcohol- en druggebruik het risico op zelfdoding doen dalen.	1	2	3	4	5
25. Ik denk dat verbetering van stemming na een depressieve periode aangeeft dat het suïciderisico stilaan afneemt.	1	2	3	4	5
26. Ik denk dat met leerlingen praten over zelfdoding, hen op verkeerde gedachten brengt.	1	2	3	4	5
27. Ik denk dat verslechtering van schoolse prestaties een signaal is, dat zou kunnen wijzen op gevaar voor zelfdoding.	1	2	3	4	5
28. Ik vind dat ik de suïcidale gedachten van een leerling altijd serieus moet nemen.	1	2	3	4	5
29. In een gesprek met een leerling met suïcidale gedachten, vind ik het wenselijk na te gaan hoe gedetailleerd het suïcideplan gestalte heeft voor de betrokken leerling.	1	2	3	4	5
30. Ik denk dat het gevoel van waardeloosheid een signaal is, dat zou kunnen wijzen op gevaar voor zelfdoding.	1	2	3	4	5
31.Ik vind dat ik een leerling met suïcideplannen erop moet wijzen hoeveel verdriet hij/zij zijn/haar omgeving zou doen.	1	2	3	4	5

	Helemaal NIET akkoord				*VOLLEDIG akkoord*
32. Ik denk dat onduidelijke lichamelijke klachten signalen zijn, die tot de voortekenen van zelfdoding kunnen behoren.	1	2	3	4	5
33. Ik denk dat klassikale voorlichting rond suïcide en suïcidepreventie een grotere impact hebben dan individueel georiënteerde hulpverlenings-methoden.	1	2	3	4	5
34. Ik vind dat ik de leerling erop moet wijzen als ik vind dat hij/zij zijn/haar problemen te zwart ziet.	1	2	3	4	5
35. Ik denk dat maatregelen ter directe voorkoming van zelfdoding (persoon onder bewaking houden) het voornaamste doel zijn in de hulpverlening aan suïcidale personen.	1	2	3	4	5
36. Ik denk dat verminderde concentratie één van de voortekenen van zelfdoding kan zijn.	1	2	3	4	5
37. Ik vind dat ik eerst en vooral oplossingen moet aanreiken voor de problemen die een leerling aandraagt, als zijnde zijn aanleidingen tot suïcidale gedachten.	1	2	3	4	5
38. Ik denk dat herhaalde afwezigheden en regelmatig verblijf in de ziekenzaal tot de voortekenen van zelfdoding kunnen behoren.	1	2	3	4	5
39. Ik denk dat slapeloosheid één van de voortekenen van zelfdoding kan zijn.	1	2	3	4	5
40. Ik vind het wenselijk dat de school met de ouders van een leerling, die zichzelf van het leven benam, de redenen en omstandigheden van deze dramatische gebeurtenis nagaat.	1	2	3	4	5
41. Ik denk dat een openlijk, uitvoerig en in detail bevragen van suïcidale gedachten bij suïcidale leerlingen, hen verder in de richting van een zelfdoding drijft.	1	2	3	4	5

	Helemaal NIET Akkoord				*VOLLEDIG akkoord*
42. Ik denk dat interesseverlies één van de voortekenen van zelfdoding kan zijn.	1	2	3	4	5
43. Ik vind het wenselijk dat, wanneer een school met de zelfdoding van een leerling geconfronteerd wordt, enkele maanden na de dramatische gebeurtenis het onderwerp met de leerlingen herbesproken wordt.	1	2	3	4	5
44. Ik denk dat de neiging zich sociaal terug te trekken één van de voortekenen van zelfdoding kan zijn.	1	2	3	4	5
45. Ik vind dat er bij zelfdoding een bijzondere herdenkingsdienst op school moet worden voorzien voor deze leerling.	1	2	3	4	5
46. Ik denk dat een gevoel van nutteloosheid één van de voortekenen van zelfdoding kan zijn.	1	2	3	4	5
47. Ik denk dat weinig vertrouwen in de toekomst één van de voortekenen van zelfdoding kan zijn.	1	2	3	4	5
48. Ik vind het wenselijk om met de ouders van een leerling, die suïcide pleegde, terug te kijken op wat de leerling bij leven betekende voor de medeleerlingen.	1	2	3	4	5
49. Ik denk dat een te neergeslagen houding één van de voortekenen van zelfdoding kan zijn.	1	2	3	4	5
50. Ik denk dat overacting één van de voortekenen van zelfdoding kan zijn.	1	2	3	4	5
51. Ik vind dat kinderen bij de zelfdoding van een familielid, de pijnlijke realiteit van de toedracht van het overlijden moet worden bespaard tot ze groter zijn.	1	2	3	4	5
52. Ik denk dat zelfdoding bij één van zijn/haar verwanten het risico op zelfdoding bij een leerling verhoogt.	1	2	3	4	5

	Helemaal NIET Akkoord				*VOLLEDIG akkoord*
53. Ik denk dat het gevoel van hopeloosheid één van de mogelijke voortekenen van zelfdoding kan zijn.	1	2	3	4	5
54. Ik denk dat braaf en aangepast gedrag een aanwijzing van suïcidegevaar kan zijn.	1	2	3	4	5
55. Ik denk dat negatieve faalangst het risico op zelfdoding bij leerlingen vergroot.	1	2	3	4	5
56. Ik vind het wenselijk dat leerlingen, na de zelfdoding van een medeleerling, begeleid worden bij het uiten van hun emoties.	1	2	3	4	5
57. Ik vind het wenselijk om na de zelfdoding van een leerling de lessen en de schoolse activiteiten te handhaven, om structuur te behouden in dergelijke emotioneel verwarrende periode voor de leerlingen.	1	2	3	4	5
58. Ik denk dat gepeste leerlingen een vergroot risico op zelfdoding vertonen.	1	2	3	4	5
59. Ik denk dat plotse veranderingen in de gedragsstijl van een leerling (bv.van aangepast naar impulsief, van betrokken en geïnteresseerd naar passief en ongeïnteresseerd) kan gezien worden als een mogelijk signaal van suïcidale gedachtegang.	1	2	3	4	5
60. Ik denk dat zelfverminking kan gezien worden als een mogelijk signaal van suïcidale gedachtegang.	1	2	3	4	5
61. Indien een leerling na een mislukte suïcide-poging op school terugkeert, is het geraadzaam de medeleerlingen in te lichten over de situatie.	1	2	3	4	5
62. Ik denk dat wisselende stemmingen kunnen gezien worden als een mogelijk signaal van suïcidale gedachtegang.	1	2	3	4	5
63 Ik denk dat overmatige prestatiedwang het suïciderisico bij leerlingen vergroot.	1	2	3	4	5
64. Ik denk dat het nemen van onverantwoorde risico's kan gezien worden als een mogelijk signaal van suïcidale gedachtegang.	1	2	3	4	5

	Helemaal NIET Akkoord				*VOLLEDIG akkoord*
65. Ik denk dat fantaseren over de dood kan gezien worden als een mogelijk signaal van suïcidale gedachtegang.	1	2	3	4	5

Met de laatste vragen trachten we het profiel van je opleidingsvoorgeschiedenis, je beroepsactiviteiten en je informatiehonger betreffende preventie van zelfdoding in kaart te brengen. Vul in en omcirkel wat van toepassing is:

66. Ik ben …… jaar werkzaam in het onderwijs.

…… maanden

67. Ik geef les in het 1. lager onderwijs

2. middelbaar onderwijs

Zo middelbaar onderwijs: * A.S.O.

* T.S.O.

* B.S.O.

3. buitengewoon lager onderwijs, type: …..

4. buitengewoon secundair onderwijs, type: …..

68. Ik geef les aan leerlingen met de leeftijd van……..

69. Ik heb volgende opleiding genoten…….

70. Ik heb een speciale begeleidingstaak op school.

1. Ja

2. Neen

Zo ja, * klastitularis

* groene leerkracht / leerlingenbegeleider

71. In onze school is een groene leerkracht of een leerlingenbegeleider werkzaam.

1. Ja

2. Neen

72. Gedurende mijn opleiding werd over het onderwerp ‘preventie van zelfdoding’ onderwezen .

1. Ja
2. Neen
3. Ik kan het me niet meer herinneren

73. Ik heb over het onderwerp ‘preventie van zelfdoding’ ooit bijscholing gevolgd.

1. Ja
2. Neen

Zo ja: bondige beschrijving van het onderwerp:

……..

74. Ik vind het belangrijk dat er in de school een werkgroep rond het thema ‘preventie van zelfdoding’ wordt opgericht.

1. Ja
2. Neen

75. Ik voel de noodzaak om over het onderwerp ‘preventie van zelfdoding’ bijgeschoold te worden.

1. Ja
2. Neen

76. Ik voel onzekerheid / moeilijkheden betreffende volgende aspecten van preventie van zelfdoding (omcirkel ja of neen):

. herkennen van noodsignalen	Ja	Neen
. vertrouwensrelatie opbouwen met suïcidale leerlingen in delicate en gevaarlijke omstandigheden	Ja	Neen
. het inschakelen van professionele begeleiding aanvaardbaar maken voor een leerling die mijn exclusieve vertrouwenspositie opeist	Ja	Neen
. combineerbaarheid met de rest van mijn schools takenpakket	Ja	Neen

Er is verder ruimte vrijgelaten voor eventuele opmerkingen of vragen bij deze vragenlijst, of bij de studie in het algemeen.

Bijlage 2: Motivatiebrief aan directie en leerkrachten

Bree, 5 januari 2005

Geachte Mevrouw, Juffrouw, Meneer,

Graag richten wij ons tot U met enkele vragen over een bijzonder belangrijk en delicaat probleem in de leerlingenbegeleiding.
Minstens éénmaal per week pleegt een leerling in België zelfmoord. Na het verkeer, is zelfdoding de tweede doodsoorzaak bij jongeren tussen 10 en 24 jaar.
Wij vragen ons af hoe leerkrachten kunnen worden gecoacht betreffende de opsporing van jongeren met suïcidale gedachten.

We realiseren ons dat uw opdracht binnen het schoolse takenpakket in die mate veeleisend en allesomvattend is, dat een individuele begeleiding van dergelijke jongeren niet van U mag worden verwacht.
Maar wij zijn van mening dat U een onmisbare schakel bent in het opvangen van noodsignalen betreffende suïcidaal gedrag. Uw relatie tot de leerlingen is een gevoelige radar voor het opsporen van risico-jongeren, die door geen enkele andere setting kan worden vervangen.
Wanneer een leerkracht in vertrouwen wordt geconfronteerd met zelfmoordgedachten van een leerling, staat hij /zij in de meeste gevallen bloot aan de onzekerheden van een ongecoachte, solitaire hulpverlener.

Met deze studie trachten wij in kaart te brengen, hoe U voor deze moeilijke positie tenminste met de juiste reflexen kan worden gewapend. Vaak staat een leerkracht voor een 'mission impossible' van vertrouwelijke begeleiding, gecombineerd met de eisen van een leerkracht-leerling relatie.

Het is voor deze studie belangrijk te inventariseren hoe leerkrachten hierover denken.
Uw antwoorden zullen uiteraard vertrouwelijk worden behandeld. We vragen U dan ook beleefd deze vragenlijst anoniem in te vullen. Voor eventuele vragen en opmerkingen is ruimte vrijgelaten. Aan het einde van deze studie, zal aan elke deelnemende school een verslag van de bevindingen van deze studie, alsook de mogelijks af te leiden aanbevelingen, ter beschikking worden gesteld.

U kan ons leren hoe leerkrachten efficiënt de hand kan worden gereikt.
Wij zoeken naar mogelijkheden om op de noodkreet van suïcidale jongeren een efficiënt antwoord te geven, waardoor onheil kan worden voorkomen.

In de hoop dat wij op uw medewerking mogen rekenen, danken wij U van harte bij voorbaat.

Met oprechte hoogachting,

Anja Deroost, huisarts
aanvullende opleiding Jeugdgezondheidszorg

Prof. Dr. Manu Keirse, promotor

Bijlage 3: Herinneringsbrief aan directie

Bree, 20 februari 2005

Aan de directie

Geachte Meneer ,

Enkele weken geleden hebben wij U vragenlijsten laten geworden in verband met het omgaan met suïcidaal gedrag bij leerlingen. U was bereid deze lijsten onder de leerkrachten te verspreiden en hen te motiveren tot deelname aan dit onderzoek. Het totaal bekomen antwoordpercentage van leerkrachten van alle aangeschreven scholen is ondertussen 56%. Wij houden eraan U uitdrukkelijk te danken voor uw bereidwillige medewerking.

We zijn zo vrij de leerkrachten, die nog niet hebben deelgenomen aan het onderzoek, via deze weg een herinnering te sturen.
Het blijft weliswaar gaan om een vrijwillige deelname.
Ook begrijpen wij dat omstandigheden deelname aan dit onderzoek kunnen belemmeren.
Maar we nemen samen met U graag een tweede kans om het antwoordpercentage op te drijven, zodat geloofwaardigheid van dit onderzoek kan worden gegarandeerd.

Mogen wij daarom vragen om bijgevoegde herinneringsbrief aan de leerkrachten te laten geworden (persoonlijk of via centraal informatiekanaal).
Indien U meer exemplaren van de herinneringsbrief of van de vragenlijst wenst, kunt U ons bereiken op het nummer 089/ 47 16 57 (Dr. Deroost).

Wij danken U voor uw medewerking.

Met oprechte hoogachting,

Anja Deroost, huisarts, Vrijheidslaan 11, 3960 Bree
aanvullende opleiding Jeugdgezondheidszorg

Prof. Dr. Manu Keirse, promotor

Bijlage 4: Herinneringsbrief aan de leerkrachten

Bree, 20 februari 2005

Aan de leerkrachten

Geachte Mevrouw, Juffrouw, Meneer,

Enkele weken geleden hebben wij U een vragenlijst laten geworden in verband met het omgaan met suïcidaal gedrag bij leerlingen. Van alle leerkrachten in de verschillende aangeschreven scholen reageerde ondertussen 56% . Wij houden eraan via deze weg U uitdrukkelijk te danken voor uw medewerking.

Voor de leerkrachten die nog geen gelegenheid zagen de vragenlijst in te vullen, willen wij deze mogelijkheid opnieuw aanbieden.
Het blijft weliswaar gaan om een vrijwillige deelname.
Wij houden er ook rekening mee, dat omstandigheden uw deelname aan dit onderzoek kunnen belemmeren.
Maar we nemen samen met U graag een tweede kans om het antwoordpercentage op te drijven, zodat geloofwaardigheid van dit onderzoek kan worden gegarandeerd.
Mochten vragenlijsten verloren zijn gegaan, kunnen nieuwe exemplaren via de directie bij ons opgevraagd worden.

Uw medewerking biedt ons de gelegenheid de zoektocht naar een efficiënte benadering van het probleem van suïcidaal gedrag voort te zetten.

Met dank en oprechte hoogachting,

Anja Deroost, huisarts, Vrijheidslaan 11, 3960 Bree
aanvullende opleiding Jeugdgezondheidszorg

Prof. Dr. Manu Keirse, promotor

Bijlage 5: Percentages respondenten met antwoordrichting tegengesteld aan versus conform de stellingen uit de literatuur (vragen geordend naargelang bevraging over inschatting wenselijke benadering of inschatting van alarmsignalen)

	Aantal valide antwoor-den	% respon-denten met antwoord-richting tegen-gesteld aan stelling uit literatuur	% respon-denten met onbeslist antwoord	% respon-denten met antwoord-richting conform de stelling uit de literatuur
VRAGEN OVER INSCHATTING VAN WENSELIJKE BENADERING VAN SUÏCIDALE PERSONEN EN HUN OMGEVING				
9. 'Sterven' is niet de ultieme wens	334	21.6	14.4	**64.1**
12. Wijzen op de mooie dingen van het leven niet zinvol	333	45.3	30.3	24.3
14. Na suïcide van hun kind, contact houden met ouders	333	8.4	26.7	**64.9**
16. Leerlingen niet vrij en ongecontroleerd hun emoties laten uiten bij suïcide van een medeleerling	327	**83.8**	8.6	7.6
19. Overledene groeten aan te raden, óók na suïcide	333	3.3	7.2	**89.5**
21. Geen absolute geheimhouding garanderen	334	11.7	11.4	**76.9**
28. Uiting van suïcidale gedachten altijd serieus nemen	333	3.3	4.5	**92.2**
29. Gedetailleerdheid van suïcideplan moet nagegaan worden	331	10.0	23.3	**66.8**

31. Nutteloos suïcidale leerling te wijzen op verdriet dat hij familie/vrienden zou doen door suïcide	334	46.4	32.3	21.3
34. Suïcidale leerlingen erop wijzen dat ze hun problemen te zwart zien, is weinig zinvol	333	**69.4**	18.0	12.6
37. Oplossingen aanreiken niet primair in de hulp	326	**60.7**	20.9	18.4
41. Suïcidale gedachten best in detail bevragen	334	9.6	34.7	**55.7**
43. In serene sfeer suïcide herbespreken	330	13.6	21.5	**64.8**
45. Geen bijzondere herdenkingsdienst, uitvaart zoals bij natuurlijk overlijden	329	**65.7**	21.3	13.1
48. School moet contact houden met ouders van suïcideslachtoffer. Wat betekende overledene voor schoolgemeenschap?	331	12.1	26.6	**61.3**
51. Kinderen inlichten over suïcide bij familielid	330	17.0	24.8	**58.2**
56. Begeleiding nodig bij uiting van emoties medeleerlingen	333	1.5	0.9	**97.6**
57. Tijd vrij maken om onder begeleiding leerlingen emoties te laten uiten na suïcide medeleerling	332	**57.5**	16.3	26.2
VRAGEN OVER INSCHATTING VAN ALARMSIGNALEN VAN SUÏCIDAAL GEDRAG				
7. Leerlingen weten genoeg voor zelfmoord	332	25.6	21.7	**52.7**
8. Suïcidepogers zijn niet sowieso psychisch ziek	334	37.1	20.4	42.5
11. Leerlingen, die over suïcidale gedachten praten, kunnen echt 'at risk' zijn	332	15.4	29.8	**54.8**
13. Suïcidepoging niet beschouwen als louter 'aandacht zoeken'	334	**65.3**	21.3	13.5
15. Zelfdoding is niet absoluut erfelijk	333	15.3	30.9	**53.8**
17. Angst en spanning mogelijks suïcidale voortekenen	334	19.2	34.7	46.1
18. Agressief gedrag mogelijks voorteken	334	**51.2**	34.1	14.7
20. Wegloopgedrag en spijbelen mogelijks voortekenen	333	**52.9**	30.9	16.2

22. Weggeven van bezittingen mogelijks voorteken	332	41.6	36.1	22.3
23. Suïcidepoging bij verwant verhoogt risico	332	29.8	35.2	34.9
24. Alcohol en drugs verhogen risico op suïcide	332	3.6	16.0	**80.4**
25. Verbetering na depressieve periode is geen einde alarm	332	19.3	36.4	44.3
27. Verslechtering schoolse prestaties mogelijks voorteken	333	47.7	31.2	21.0
30. Een gevoel van waardeloosheid mogelijks voorteken	334	12.9	26.3	**60.8**
32. Vage lichamelijke klachten mogelijks voorteken	333	41.7	45.0	13.2
36. Verminderde concentratie mogelijks voorteken	333	**58.6**	30.0	11.4
38. Herhaalde afwezigheden mogelijks voorteken	334	46.7	37.7	15.6
39. Slapeloosheid mogelijks voorteken	333	49.5	29.7	20.7
42. Interesseverlies mogelijks voorteken	331	43.5	33.5	23.0
44. Zich sociaal terugtrekken mogelijks voorteken	332	27.7	32.8	39.5
46. Gevoel van nutteloosheid mogelijks voorteken	332	21.4	26.8	**51.8**
47. Weinig vertrouwen in de toekomst mogelijks voorteken	330	23.6	28.5	47.9
49. Neerslachtige houding mogelijks voorteken	332	25.9	30.7	43.4
50. Overacting mogelijks voorteken	328	39.0	43.0	18.0
52. Zelfdoding bij verwant verhoogt suïciderisico bij kind	332	43.1	30.4	26.5
53. Hopeloosheid mogelijks voorteken	331	23.0	26.3	**50.8**
54. Braaf en aangepast gedrag mogelijks voorteken	332	**61.4**	31.0	7.5
58. Gepest worden verhoogt suïciderisico	333	15.6	21.3	**63.1**
59. Plotse gedragsverandering mogelijks voorteken	333	22.8	42.0	35.1
60. Zelfverminking mogelijks voorteken	331	18.1	22.7	**59.2**
62. Wisselende stemmingen mogelijks voorteken	332	30.1	45.8	24.1

64. Onverantwoorde risico's mogelijks voorteken	331	40.2	40.5	19.3
65. Fantaseren over dood mogelijks voorteken	327	45.3	31.8	22.9

Bijlage 6: Kruistabellen van de chi-kwadraat testen (inschattingsvragen met statistisch significante antwoordverschillen per respectievelijke onderzoeksvraag)

‘Sterven’ is niet de ultieme wens * al of niet met suïcidaal gedrag geconfronteerd

Crosstab

			Al of niet met suïcidaal gedrag geconfronteerd		
			neen	ja	Totaal
‘Sterven’ is niet de ultieme wens	1. tegengesteld literatuur	aantal	30	42	72
		%	30,3%	18,3%	21,9%
	2. onbeslist	aantal	19	29	48
		%	19,2%	12,6%	14,6%
	3. conform literatuur	aantal	50	159	209
		%	50,5%	69,1%	63,5%
Totaal		aantal	99	230	329
		%	100,0%	100,0%	100,0%

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)
Pearson Chi-Square	10,421(a)	2	,005

Gedetailleerdheid van suïcideplan moet nagegaan * al of niet met suïcidaal gedrag geconfronteerd

Crosstab

			Al of niet met suïcidaal gedrag geconfronteerd		
			nee	ja	Totaal
Gedetailleerdheid van suïcideplan moet nagegaan	1. tegengesteld literatuur	aantal	8	24	32
		%	8,2%	10,5%	9,8%
	2. onbeslist	aantal	33	43	76
		%	33,7%	18,9%	23,3%
	3. conform literatuur	aantal	57	161	218
		%	58,2%	70,6%	66,9%
Totaal		aantal	98	228	326
		%	100,0%	100,0%	100,0%

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)
Pearson Chi-Square	8,431(a)	2	,015

Gevoel van waardeloosheid mogelijks voorteken * al of niet met suïcidaal gedrag geconfronteerd

Crosstab

			Al of niet met suïcidaal gedrag geconfronteerd		
			nee	ja	Totaal
Gevoel van waardeloosheid mogelijks voorteken	1. tegengesteld literatuur	aantal	20	22	42
		%	20,2%	9,6%	12,8%
	2. onbeslist	aantal	25	62	87
		%	25,3%	27,0%	26,4%
	3. conform literatuur	aantal	54	146	200
		%	54,5%	63,5%	60,8%
Totaal		aantal	99	230	329
		%	100,0%	100,0%	100,0%

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)
Pearson Chi-Square	7,118(a)	2	,028

Hopeloosheid mogelijks voorteken * al of niet met suïcidaal gedrag geconfronteerd

Crosstab

			Al of niet met suïcidaal gedrag geconfronteerd		
			nee	ja	Totaal
Hopeloosheid mogelijks voorteken	1. tegengesteld literatuur	aantal	30	45	75
		%	30,3%	19,8%	23,0%
	2. onbeslist	aantal	28	57	85
		%	28,3%	25,1%	26,1%
	3. conform literatuur	aantal	41	125	166
		%	41,4%	55,1%	50,9%
Totaal		aantal	99	227	326
		%	100,0%	100,0%	100,0%

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)
Pearson Chi-Square	6,080(a)	2	,048

Fantaseren over de dood mogelijks voorteken * Ervaring lesgeven

Crosstab

			Ervaring lesgeven			
			< 1 jaar	Tss 1 en 5 jaar	> 5 jaar	Totaal
Fantaseren over de dood mogelijks voorteken	1.tegengesteld literatuur	aantal	7	24	116	147
		%	43,8%	39,3%	46,8%	45,2%
	2. onbeslist	aantal	5	14	84	103
		%	31,3%	23,0%	33,9%	31,7%
	3. conform literatuur	aantal	4	23	48	75
		%	25,0%	37,7%	19,4%	23,1%
Totaal		aantal	16	61	248	325
		%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)
Pearson Chi-Square	9,620(a)	4	,047

Zij, die over suïcidale gedachten praten, kunnen echt 'at risk' zijn * al of niet begeleidende functie op school

Crosstab

			Al of niet begeleidende functie		
			neen	ja	Totaal
Zij, die over suïcidale gedachten praten, kunnen echt 'at risk' zijn	1. tegengesteld literatuur	aantal	47	2	49
		%	16,0%	8,0%	15,4%
	2. onbeslist	aantal	91	2	93
		%	31,1%	8,0%	29,2%
	3. conform literatuur	aantal	155	21	176
		%	52,9%	84,0%	55,3%
Totaal		aantal	293	25	318
		%	100,0%	100,0%	100,0%

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)
Pearson Chi-Square	9,179(a)	2	,010

Geen bijzondere herdenkingsdienst, uitvaart zoals bij natuurlijk overlijden * al of niet begeleidende functie op school

Crosstab

			Al of niet begeleidende functie		
			nee	ja	Totaal
Uitvaart zoals bij natuurlijk overlijdend	1. tegengesteld literatuur	aantal	184	22	206
		%	63,4%	88,0%	65,4%
	2. onbeslist	aantal	66	1	67
		%	22,8%	4,0%	21,3%
	3. conform literatuur	aantal	40	2	42
		%	13,8%	8,0%	13,3%
Totaal		aantal	290	25	315
		%	100,0%	100,0%	100,0%

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)
Pearson Chi-Square	6,508(a)	2	,039

Weggeven van bezittingen mogelijks voorteken * opleiding

Crosstab

			Opleiding			
			Onderwijz.	Regent	Licentiaat	Totaal
Weggeven van bezittingen mogelijks voorteken	1. tegengesteld literatuur	aantal	30	47	34	111
		%	49,2%	48,5%	29,8%	40,8%
	2. onbeslist	aantal	16	32	50	98
		%	26,2%	33,0%	43,9%	36,0%
	3. conform literatuur	aantal	15	18	30	63
		%	24,6%	18,6%	26,3%	23,2%
Totaal		aantal	61	97	114	272
		%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)
Pearson Chi-Square	11,053(a)	4	,026

Suïcidale leerlingen erop wijzen dat ze hun probleem te zwart zien, is weinig zinvol * opleiding

Crosstab

			opleiding			Totaal
			Onderwijz.	Regent	Licentiaat	
Suïcidale leerlingen erop wijzen dat ze hun probleem te zwart zien, is weinig zinvol	1. tegengesteld literatuur	aantal	38	79	72	189
		%	62,3%	81,4%	62,6%	69,2%
	2. onbeslist	aantal	13	9	27	49
		%	21,3%	9,3%	23,5%	17,9%
	3. conform literatuur	aantal	10	9	16	35
		%	16,4%	9,3%	13,9%	12,8%
Totaal		aantal	61	97	115	273
		%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)
Pearson Chi-Square	11,312(a)	4	,023

Verbetering na depressieve periode is geen einde alarm * al of niet scholing of bijscholing omtrent suïcidepreventie gehad

Crosstab

			Al of niet scholing of bijscholing		Totaal
			nee	ja	
Verbetering van stemming na depressieve periode geen einde alarm	1. tegengesteld literatuur	aantal	48	7	55
		%	19,6%	15,9%	19,0%
	2. onbeslist	aantal	95	8	103
		%	38,8%	18,2%	35,6%
	3. conform literatuur	aantal	102	29	131
		%	41,6%	65,9%	45,3%
Totaal		aantal	245	44	289
		%	100,0%	100,0%	100,0%

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)
Pearson Chi-Square	9,554(a)	2	,008

Weinig vertrouwen in de toekomst mogelijks voorteken * al of niet scholing of bijscholing omtrent suïcidepreventie gehad

Crosstab

			Al of niet scholing of bijscholing		
			nee	ja	Totaal
Weinig vertrouwen in de toekomst mogelijks voorteken	1. tegengesteld literatuur	aantal	56	10	66
		%	23,0%	23,3%	23,0%
	2. onbeslist	aantal	72	5	77
		%	29,5%	11,6%	26,8%
	3. conform literatuur	aantal	116	28	144
		%	47,5%	65,1%	50,2%
Totaal		aantal	244	43	287
		%	100,0%	100,0%	100,0%

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)
Pearson Chi-Square	6,608(a)	2	,037

Braaf en aangepast gedrag mogelijks voorteken * gewoon vs buitengewoon onderwijs

Crosstab

			Gewoon vs buitengewoon onderwijs		
			gewoon	Buiten-gewoon	Totaal
Braaf en aangepast gedrag mogelijks voorteken	1. tegengesteld literatuur	aantal	139	62	201
		%	57,4%	73,8%	61,7%
	2. onbeslist	aantal	86	15	101
		%	35,5%	17,9%	31,0%
	3. conform literatuur	aantal	17	7	24
		%	7,0%	8,3%	7,4%
Totaal		aantal	242	84	326
		%	100,0%	100,0%	100,0%

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)
Pearson Chi-Square	9,147(a)	2	,010

Leerlingen, die over suïcidale gedachten praten, kunnen echt 'at risk' zijn * bijscholing nodig geacht

Crosstab

			Bijscholing nodig geacht		
			neen	ja	Totaal
Leerlingen, die over suïcidale gedachten praten, kunnen echt 'at risk' zijn	1. tegengesteld literatuur	aantal	36	13	49
		%	22,4%	8,8%	15,9%
	2. onbeslist	aantal	45	48	93
		%	28,0%	32,4%	30,1%
	3. conform literatuur	aantal	80	87	167
		%	49,7%	58,8%	54,0%
Totaal		aantal	161	148	309
		%	100,0%	100,0%	100,0%

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)
Pearson Chi-Square	10,658(a)	2	,005

Na suïcide van hun kind, contact houden met ouders * bijscholing nodig geacht

Crosstab

			Bijscholing nodig geacht		
			neen	ja	Totaal
Na suïcide van een kind, contact houden met ouders	1. tegengesteld literatuur	aantal	21	7	28
		%	13,0%	4,7%	9,1%
	2. onbeslist	aantal	49	34	83
		%	30,4%	23,0%	26,9%
	3. conform literatuur	aantal	91	107	198
		%	56,5%	72,3%	64,1%
Totaal		aantal	161	148	309
		%	100,0%	100,0%	100,0%

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)
Pearson Chi-Square	10,475(a)	2	,005

Wegloopgedrag en spijbelen mogelijks voorteken * bijscholing nodig geacht

Crosstab

			Bijscholing nodig geacht		Totaal
			neen	ja	
Wegloopgedrag en spijbelen mogelijks voorteken	1. tegengesteld literatuur	aantal	101	64	165
		%	62,7%	43,2%	53,4%
	2. onbeslist	aantal	38	54	92
		%	23,6%	36,5%	29,8%
	3. conform literatuur	aantal	22	30	52
		%	13,7%	20,3%	16,8%
Totaal		aantal	161	148	309
		%	100,0%	100,0%	100,0%

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)
Pearson Chi-Square	11,784(a)	2	,003

Verbetering na depressieve periode is geen einde alarm * bijscholing nodig geacht

Crosstab

			Bijscholing nodig geacht		Totaal
			neen	ja	
Verbetering na depressieve periode is geen einde alarm	1. tegengesteld literatuur	aantal	25	34	59
		%	15,6%	23,0%	19,2%
	2. onbeslist	aantal	69	42	111
		%	43,1%	28,4%	36,0%
	3. conform literatuur	aantal	66	72	138
		%	41,3%	48,6%	44,8%
Totaal		aantal	160	148	308
		%	100,0%	100,0%	100,0%

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)
Pearson Chi-Square	7,746(a)	2	,021

Verslechtering schoolse prestaties mogelijks voorteken * bijscholing nodig geacht

Crosstab

			Bijscholing nodig geacht		Totaal
			neen	ja	
Verslechtering schoolse prestaties mogelijks voorteken	1. tegengesteld literatuur	aantal	86	63	149
		%	53,1%	42,9%	48,2%
	2. onbeslist	aantal	51	45	96
		%	31,5%	30,6%	31,1%
	3. conform literatuur	aantal	25	39	64
		%	15,4%	26,5%	20,7%
Totaal		aantal	162	147	309
		%	100,0%	100,0%	100,0%

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)
Pearson Chi-Square	6,274(a)	2	,043

Een gevoel van waardeloosheid mogelijks voorteken * bijscholing nodig geacht

Crosstab

			Bijscholing nodig geacht		Totaal
			neen	ja	
Een gevoel van waardeloosheid mogelijks voorteken	1. tegengesteld literatuur	aantal	26	13	39
		%	16,0%	8,8%	12,6%
	2. onbeslist	aantal	48	33	81
		%	29,6%	22,3%	26,1%
	3. conform literatuur	aantal	88	102	190
		%	54,3%	68,9%	61,3%
Totaal		aantal	162	148	310
		%	100,0%	100,0%	100,0%

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)
Pearson Chi-Square	7,526(a)	2	,023

Suïcidale leerlingen niet wijzen op verdriet van omgeving * bijscholing nodig geacht

Crosstab

			Bijscholing nodig geacht		Totaal
			neen	ja	
Suïcidale leerlingen niet wijzen op verdriet van omgeving	1. tegengesteld literatuur	aantal	88	58	146
		%	54,3%	39,2%	47,1%
	2. onbeslist	aantal	46	48	94
		%	28,4%	32,4%	30,3%
	3. conform literatuur	aantal	28	42	70
		%	17,3%	28,4%	22,6%
Totaal		aantal	162	148	310
		%	100,0%	100,0%	100,0%

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)
Pearson Chi-Square	8,392(a)	2	,015

Vage lichamelijke klachten mogelijks voorteken * bijscholing nodig geacht

Crosstab

			Bijscholing nodig geacht		Totaal
			neen	ja	
Vage lichamelijke klachten mogelijks voorteken	1. tegengesteld literatuur	aantal	79	51	130
		%	49,1%	34,5%	42,1%
	2. onbeslist	aantal	62	75	137
		%	38,5%	50,7%	44,3%
	3. conform literatuur	aantal	20	22	42
		%	12,4%	14,9%	13,6%
Totaal		aantal	161	148	309
		%	100,0%	100,0%	100,0%

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)
Pearson Chi-Square	6,825(a)	2	,033

Verminderde concentratie mogelijks voorteken * bijscholing nodig geacht

Crosstab

			Bijscholing nodig geacht		
			neen	ja	Totaal
Verminderde concentratie mogelijks voorteken	1. tegengesteld literatuur	aantal	107	72	179
		%	66,0%	49,0%	57,9%
	2. onbeslist	aantal	37	55	92
		%	22,8%	37,4%	29,8%
	3. conform literatuur	aantal	18	20	38
		%	11,1%	13,6%	12,3%
Totaal		aantal	162	147	309
		%	100,0%	100,0%	100,0%

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)
Pearson Chi-Square	9,765(a)	2	,008

Herhaalde afwezigheden mogelijks voorteken * bijscholing nodig geacht

Crosstab

			Bijscholing nodig geacht		
			neen	ja	Totaal
Herhaalde afwezigheden mogelijks voorteken	1. tegengesteld literatuur	aantal	89	57	146
		%	54,9%	38,5%	47,1%
	2. onbeslist	aantal	55	57	112
		%	34,0%	38,5%	36,1%
	3. conform literatuur	aantal	18	34	52
		%	11,1%	23,0%	16,8%
Totaal		aantal	162	148	310
		%	100,0%	100,0%	100,0%

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)
Pearson Chi-Square	11,363(a)	2	,003

Interesseverlies mogelijks voorteken * bijscholing nodig geacht

Crosstab

			Bijscholing nodig geacht		
			neen	ja	Totaal
Interesseverlies mogelijks voorteken	1. tegengesteld literatuur	aantal	80	53	133
		%	50,0%	36,1%	43,3%
	2. onbeslist	aantal	46	55	101
		%	28,8%	37,4%	32,9%
	3. conform literatuur	aantal	34	39	73
		%	21,3%	26,5%	23,8%
Totaal		aantal	160	147	307
		%	100,0%	100,0%	100,0%

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)
Pearson Chi-Square	6,086(a)	2	,048

Zich sociaal terugtrekken mogelijks voorteken * bijscholing nodig geacht

Crosstab

			Bijscholing nodig geacht		
			neen	ja	Totaal
Zich sociaal terugtrekken mogelijks voorteken	1. tegengesteld literatuur	aantal	57	29	86
		%	35,4%	19,7%	27,9%
	2. onbeslist	aantal	53	44	97
		%	32,9%	29,9%	31,5%
	3. conform literatuur	aantal	51	74	125
		%	31,7%	50,3%	40,6%
Totaal		aantal	161	147	308
		%	100,0%	100,0%	100,0%

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)
Pearson Chi-Square	13,575(a)	2	,001

Gevoel van nutteloosheid mogelijks voorteken * bijscholing nodig geacht

Crosstab

			Bijscholing nodig geacht		
			neen	ja	Totaal
Gevoel van nutteloosheid mogelijks voorteken	1. tegengesteld literatuur	aantal	48	20	68
		%	29,8%	13,6%	22,1%
	2. onbeslist	aantal	48	30	78
		%	29,8%	20,4%	25,3%
	3. conform literatuur	aantal	65	97	162
		%	40,4%	66,0%	52,6%
Totaal		aantal	161	147	308
		%	100,0%	100,0%	100,0%

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)
Pearson Chi-Square	21,412(a)	2	,000

Weinig vertrouwen in de toekomst mogelijks voorteken * bijscholing nodig geacht

Crosstab

			Bijscholing nodig geacht		
			neen	ja	Totaal
Weinig vertrouwen in de toekomst mogelijks voorteken	1. tegengesteld literatuur	aantal	49	25	74
		%	30,6%	17,1%	24,2%
	2. onbeslist	aantal	41	42	83
		%	25,6%	28,8%	27,1%
	3. conform literatuur	aantal	70	79	149
		%	43,8%	54,1%	48,7%
Totaal		aantal	160	146	306
		%	100,0%	100,0%	100,0%

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)
Pearson Chi-Square	7,715(a)	2	,021

Neerslachtige houding mogelijks voorteken * bijscholing nodig geacht

Crosstab

			Bijscholing nodig geacht		
			neen	ja	Totaal
Neerslachtinge houding mogelijks voorteken	1. tegengesteld literatuur	aantal	48	33	81
		%	29,8%	22,4%	26,3%
	2. onbeslist	aantal	54	37	91
		%	33,5%	25,2%	29,5%
	3. conform literatuur	aantal	59	77	136
		%	36,6%	52,4%	44,2%
Totaal		aantal	161	147	308
		%	100,0%	100,0%	100,0%

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)
Pearson Chi-Square	7,716(a)	2	,021

Hopeloosheid mogelijks voorteken * bijscholing nodig geacht

Crosstab

			Bijscholing nodig geacht		
			neen	ja	Totaal
Hopeloosheid mogelijks voorteken	1. tegengesteld literatuur	aantal	51	20	71
		%	31,7%	13,7%	23,1%
	2. onbeslist	aantal	37	39	76
		%	23,0%	26,7%	24,8%
	3. conform literatuur	aantal	73	87	160
		%	45,3%	59,6%	52,1%
Totaal		aantal	161	146	307
		%	100,0%	100,0%	100,0%

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)
Pearson Chi-Square	14,114(a)	2	,001

Plotse gedragsverandering mogelijks voorteken * bijscholing nodig geacht

Crosstab

			Bijscholing nodig geacht		
			neen	ja	Totaal
Plotse gedrags-verandering mogelijks voorteken	1. tegengesteld literatuur	aantal	49	23	72
		%	30,2%	15,6%	23,3%
	2. onbeslist	aantal	62	66	128
		%	38,3%	44,9%	41,4%
	3. conform literatuur	aantal	51	58	109
		%	31,5%	39,5%	35,3%
Totaal		aantal	162	147	309
		%	100,0%	100,0%	100,0%

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)
Pearson Chi-Square	9,257(a)	2	,010

Wisselende stemmingen mogelijks voorteken * bijscholing nodig geacht

Crosstab

			Bijscholing nodig geacht		
			neen	ja	Totaal
Wisselende stemmingen mogelijks voorteken	1. tegengesteld literatuur	aantal	61	33	94
		%	37,9%	22,4%	30,5%
	2. onbeslist	aantal	66	71	137
		%	41,0%	48,3%	44,5%
	3. conform literatuur	aantal	34	43	77
		%	21,1%	29,3%	25,0%
Totaal		aantal	161	147	308
		%	100,0%	100,0%	100,0%

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)
Pearson Chi-Square	8,957(a)	2	,011

Fantaseren over de dood mogelijks voorteken * bijscholing nodig geacht

Crosstab

			Bijscholing nodig geacht		
			neen	ja	Totaal
Fantaseren over de dood mogelijks voorteken	1. tegengesteld literatuur	aantal	85	55	140
		%	53,8%	37,7%	46,1%
	2. onbeslist	aantal	44	49	93
		%	27,8%	33,6%	30,6%
	3. conform literatuur	aantal	29	42	71
		%	18,4%	28,8%	23,4%
Totaal		aantal	158	146	304
		%	100,0%	100,0%	100,0%

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)
Pearson Chi-Square	8,617(a)	2	,013

Bijlage 7: Resultaten van Chi-kwadraat analyse ter evaluatie van verschil in antwoordgedrag (leerkrachten onderverdeeld naargelang hun profiel)

	Confrontatie met suïcidaal gedrag	**Ervaring lesgeven**	**Begeleidende functie op school**
7. Leerlingen weten genoeg voor zelfmoord	0.162	0.152	0.254
8. Suïcidepogers zijn niet sowieso psychisch ziek	0.175	0.536	0.796
9. 'Sterven' is niet de ultieme wens	**0.005**	0.420	0.058
11. Leerlingen, die over suïcidale gedachten praten, kunnen echt 'at risk' zijn	0.262	0.831	**0.010**
12. Wijzen op de mooie dingen van het leven niet zinvol	0.504	0.243	0.200
13. Suïcidepoging niet beschouwen als louter 'aandacht zoeken'	0.456	0.121	0.322
14. Na suïcide van hun kind, contact houden met ouders	0.432	0.402	0.396
15. Zelfdoding is niet absoluut erfelijk	0.527	0.111	0.832
16. Leerlingen niet vrij en ongecontroleerd hun emoties laten uiten bij suïcide van een medeleerling	0.817	0.438	0.739
17. Angst en spanning mogelijks suïcidale voortekenen	0.432	0.386	0.171
18. Agressief gedrag mogelijks voorteken	0.180	0.811	0.828
19. Overledene groeten aan te raden, óók na suïcide	0.084	0.801	0.962
20. Wegloopgedrag en spijbelen mogelijks voortekenen	0.917	0.324	0.516
21. Geen absolute geheimhouding garanderen	0.701	0.158	0.411
22. Weggeven van bezittingen mogelijks voorteken	0.211	0.972	0.226
23. Suïcidepoging bij verwant verhoogt suïciderisico	0.113	0.849	0.990
24. Alcohol en drugs verhogen risico op suïcide	0.935	0.546	0.990
25. Verbetering na depressieve periode is geen einde alarm	0.635	0.106	0.456
27. Verslechtering schoolse prestaties mogelijks voorteken	0.573	0.638	0.328
28. Uiting van suïcidale gedachten altijd serieus nemen	0.751	0.411	0.669

29. Gedetailleerdheid van suïcideplan moet nagegaan	**0.015**	0.298	0.413
30. Een gevoel van waardeloosheid mogelijks voorteken	**0.028**	0.852	0.730
31. Nutteloos suïcidale leerling te wijzen op verdriet dat hij familie/vrienden zou doen door suïcide	0.071	0.484	0.542
32. Vage lichamelijke klachten mogelijks voorteken	0.067	0.581	0.925
34. Suïcidale leerlingen erop wijzen dat ze hun probleem te zwart zien, is weinig zinvol	0.204	0.585	0.670
36. Verminderde concentratie mogelijks voorteken	0.638	0.975	0.975
37. Oplossingen aanreiken niet primair in de hulp	0.326	0.685	0.442
38. Herhaalde afwezigheden mogelijks voorteken	0.163	0.262	0.529
39. Slapeloosheid mogelijks voorteken	0.855	0.790	0.506
41. Suïcidale gedachten best in detail bevragen	0.499	0.179	0.515
42. Interesseverlies mogelijks voorteken	0.683	0.809	0.498
43. In serene sfeer suïcide herbespreken	0.338	0.872	0.917
44. Zich sociaal terugtrekken mogelijks voorteken	0.642	0.173	0.563
45. Geen bijzondere herdenkingsdienst, uitvaart zoals bij natuurlijk overlijden	0.639	0.254	**0.039**
46. Gevoel van nutteloosheid mogelijks voorteken	0.099	0.434	0.219
47. Weinig vertrouwen in de toekomst mogelijks voorteken	0.180	0.378	0.699
48. School moet contact houden met ouders van suïcideslachtoffer. Wat betekende overledene voor schoolgemeenschap?	0.547	0.676	0.815
49. Neerslachtige houding mogelijks voorteken	0.939	0.625	0.415
50. Overacting mogelijks voorteken	0.789	0.125	0.613
51. Kinderen inlichten over suïcide bij familielid	0.363	0.126	0.413
52. Zelfdoding bij verwant verhoogt suïciderisico bij kind	0.259	0.734	0.480
53. Hopeloosheid mogelijks voorteken	**0.048**	0.298	0.117
54. Braaf en aangepast gedrag mogelijks voorteken	0.119	0.978	0.661
56. Begeleiding nodig bij uiting van emoties medeleerlingen	0.182	0.625	0.526
57. Tijd vrij maken om onder begeleiding leerlingen emoties te laten uiten na suïcide medeleerling	0.168	0.229	0.703
58. Gepest worden verhoogt suïciderisico	0.257	0.599	0.943
59. Plotse gedragsverandering mogelijks voorteken	0.492	0.621	0.865
60. Zelfverminking mogelijks voorteken	0.071	0.204	0.891

62. Wisselende stemmingen mogelijks voorteken	0.853	0.161	0.975
64. Onverantwoorde risico's mogelijks voorteken	0.298	0.775	0.346
65. Fantaseren over dood mogelijks voorteken	0.754	**0.047**	0.805

	Opleiding	**Scholing of bijscholing**	**Gewoon vs. Buiten-gewoon onderwijs**	**Bij-Scholing Nodig geacht**
7. Leerlingen weten genoeg voor zelfmoord	0.555	0.237	0.225	0.642
8. Suïcidepogers niet sowieso psychisch ziek	0.223	0.532	0.863	0.672
9. 'Sterven' is niet de exclusieve wens	0.513	0.821	0.926	0.193
11. Leerlingen, die over suïcidale gedachten praten, kunnen echt 'at risk' zijn	0.185	0.245	0.693	**0.005**
12. Wijzen op de mooie dingen van het leven niet zinvol	0.130	0.696	0.059	0.378
13. Suïcidepoger zoekt niet alleen aandacht	0.879	0.616	0.859	0.103
14. Na suïcide van hun kind, contact houden met ouders	0.588	0.467	0.266	**0.005**
15. Zelfdoding is niet absoluut erfelijk	0.246	0.766	0.809	0.169
16. Leerlingen niet vrij en ongecontroleerd hun emoties laten uiten bij suïcide van een medeleerling	0.375	0.284	0.229	0.720
17. Angst en spanning mogelijks suïcidale voortekenen	0.238	0.622	0.059	0.357
18. Agressief gedrag mogelijks voorteken	0.140	0.067	0.152	0.273
19. Overledene groeten aan te raden, óók na suïcide	0.511	0.434	0.847	0.256
20. Wegloopgedrag en spijbelen mogelijks voortekenen	0.252	0.381	0.831	**0.003**
21. Geen absolute geheimhouding garanderen	0.639	0.897	0.286	0.587
22. Weggeven van bezittingen mogelijks voorteken	**0.026**	0.827	0.581	0.461
23. Suïcidepoging bij verwant verhoogt suïciderisico	0.134	0.600	0.736	0.362
24. Alcohol en drugs verhogen risico op suïcide	0.283	0.430	0.673	0.377

25. Verbetering na depressieve periode is geen einde alarm	0.124	**0.008**	0.186	**0.021**
27. Slechtere schoolse prestaties mogelijks voorteken	0.209	0.850	0.074	**0.043**
28. Uiting van suïcidale gedachten altijd serieus nemen	0.202	0.800	0.985	0.168
29. Gedetailleerdheid van suïcideplan moet nagegaan	0.161	0.666	0.216	0.663
30. Een gevoel van waardeloosheid mogelijks voorteken	0.099	0.053	0.613	**0.023**
31. Suïcidale leerling niet wijzen op verdriet omgeving	0.958	0.387	0.070	**0.015**
32. Vage lichamelijke klachten mogelijks voorteken	0.904	0.497	0.250	**0.033**
34. Suïcidale leerlingen erop wijzen dat ze hun probleem te zwart zien, is weinig zinvol	**0.023**	0.344	0.841	0.137
36. Verminderde concentratie mogelijks voorteken	0.377	0.504	0.960	**0.008**
37. Oplossingen aanreiken niet primair in de hulp	0.755	0.159	0.076	0.237
38. Herhaalde afwezigheden mogelijks voorteken	0.941	0.608	0.280	**0.003**
39. Slapeloosheid mogelijks voorteken	0.377	0.972	0.166	0.053
41. Suïcidale gedachten best in detail bevragen	0.503	0.672	0.986	0.790
42. Interesseverlies mogelijks voorteken	0.394	0.794	0.601	**0.048**
43. In serene sfeer suïcide herbespreken	0.105	0.107	0.369	0.370
44. Zich sociaal terugtrekken mogelijks voorteken	0.230	0.322	0.786	**0.001**
45. Geen bijzondere herdenkingsdienst, uitvaart zoals bij natuurlijk overlijden	0.093	0.411	0.581	0.375
46. Gevoel van nutteloosheid mogelijks voorteken	0.650	0.053	0.322	**0.000**
47. Weinig vertrouwen in de toekomst mogelijks voorteken	0.305	**0.037**	0.750	**0.021**
48. School moet contact houden met ouders van suïcideslachtoffer.Wat betekende overledene?	0.969	0.269	0.611	0.064
49. Neerslachtige houding mogelijks voorteken	0.765	0.318	0.435	**0.021**
50. Overacting mogelijks voorteken	0.574	0.170	0.678	0.053

51. Kinderen inlichten over suïcide bij familielid	0.657	0.478	0.052	0.318
52. Zelfdoding bij verwant verhoogt suïciderisico bij kind	0.396	0.223	0.832	0.163
53. Hopeloosheid mogelijks voorteken	0.746	0.157	0.278	**0.001**
54. Braaf en aangepast gedrag mogelijks voorteken	0.691	0.562	**0.013**	0.551
56. Begeleiding nodig bij uiting van emoties medeleerlingen	0.177	0.645	0.451	0.114
57. Tijd vrij maken om onder begeleiding leerlingen emoties te laten uiten na suïcide medeleerling	0.204	0.927	0.456	0.696
58. Gepest worden verhoogt suïciderisico	0.194	0.314	0.173	0.351
59. Plotse gedragsverandering mogelijks voorteken	0.732	0.125	0.534	**0.010**
60. Zelfverminking mogelijks voorteken	0.358	0.206	0.701	0.151
62. Wisselende stemmingen mogelijks voorteken	0.811	0.136	0.838	**0.011**
64. Onverantwoorde risico's mogelijks voorteken	0.933	0.450	0.100	0.338
65. Fantaseren over dood mogelijks voorteken	0.167	0.109	0.437	**0.013**